

Pflege depressiver Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen: Eine systematische Literaturübersicht

Bachelor-Thesis

von

Céline Moser und Flurina Casanova
Bachelor 2010-2013

Erstgutachterin: Ulrike Renate Nigl-Heim

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor of Science in Pflege

1. Juli 2013

Abstract

Hintergrund: Die Prävalenz der Depression ist bei der Migrationsbevölkerung erhöht. Durch den soziodemographischen Wandel sind Gesundheitsfachleute vermehrt mit Herausforderungen konfrontiert, welche transkulturelle Kompetenzen erfordern. **Ziele:** Der aktuelle Forschungsstand soll Antwort darauf geben, wie Pflegende im psychiatrischen Umfeld auf kulturspezifische Bedürfnisse von Migranten mit einer Depression professionell eingehen können. **Methode:** Die Datenbanken Pubmed, CINAHL und Google Scholar wurden konsultiert, um anhand einer systematischen Literaturübersicht die Fragestellung evidenzbasiert zu beantworten. Insgesamt wurden zwölf Studien mit dem Fokus auf die Depression miteinbezogen, welche nicht älter als 10 Jahre sind. Bei der Population handelt es sich um Patienten mit Migrationshintergrund und Gesundheitsfachleute. Vier Studien beziehen sich auf die türkische Kultur. **Ergebnisse:** Folgende spezifische Bedürfnisse kristallisieren sich heraus: Kulturelles Verständnis, Unterstützung durch Familie und Gesellschaft, Integration und Chancengleichheit, Selbsthilfe sowie kommunikative und spirituelle Bedürfnisse. Zusätzlich werden wichtige Aspekte für ein transkulturelles Kompetenzprofil einer psychiatrischen Pflegefachperson aufgezeigt. Hindernisse in der transkulturellen psychiatrischen Pflege wie die Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen, die Stigmatisierung, das Misstrauen in westliche Behandlungskonzepte sowie kommunikative Barrieren werden erläutert. In der türkischen Kultur wird Depression oftmals mit psychosozialen Stress und einer schwachen Persönlichkeit assoziiert und stigmatisiert. Somatische Beschwerden spielen bei der Symptomatik eine wichtige Rolle. **Schlussfolgerung:** Pflegende können auf kulturspezifische Bedürfnisse eingehen, indem individuelle Bedürfnisse von Patienten wahrgenommen werden. Eine Kulturalisierung muss unbedingt vermieden werden. Die Theorien von Kleinmann, Domenig sowie Narayanasamy liefern wichtige Hilfestellungen für eine kompetente transkulturelle psychiatrische Pflege. Es besteht eine grosse Forschungslücke in der transkulturellen Psychiatrie, welche weiterer qualitativ hochwertiger Forschungsarbeiten bedarf.

Schlüsselbegriffe: Transkulturelle Pflege, Depression, Migration

Résumé

Contexte: La prévalence de la dépression est plus élevée dans la population migrante. A travers les changements sociodémographiques, les professionnels de la santé sont de plus en plus confrontés à des défis qui exigent des compétences transculturelles. **Objectifs:** L'état actuel de la recherche doit répondre à la question de savoir comment les soignants en milieu psychiatrique peuvent aborder de manière professionnelle les migrants souffrant de dépression en se basant sur leurs besoins spécifiques culturels. **Méthode:** Les banques de données PubMed, CINAHL, et Google Scholar ont été consultées, en vue de pouvoir répondre de manière scientifique à la question posée à travers une vue d'ensemble systématique de la littérature. Douze études actuelles (2003 à 2013) focalisées sur la dépression ont été consultées. La population interrogée se compose de professionnels de la santé et de patients migrants. Quatre études ont pour sujet la culture turque. **Résultats:** Les résultats ont identifié les besoins culturels suivants: la compréhension culturelle, le soutien de la famille et de la société, l'intégration et l'égalité des chances, l'effort personnel, ainsi que les besoins spirituels et de communication. En outre, des aspects importants assurant les compétences transculturelles des professionnels en soins infirmiers psychiatriques sont présentés. La sous-utilisation des services de santé mentale, la stigmatisation, le manque de confiance dans le concept occidental du traitement et les barrières de communication se sont révélés être des obstacles. Dans la culture turque, on associe souvent la dépression au stress psychosocial, à une personnalité faible et on la stigmatise souvent. Des douleurs somatiques jouent un rôle important dans la symptomatologie. **Conclusion:** Les soignants peuvent répondre aux besoins culturels spécifiques en prenant compte des besoins individuels. Kleinmann, Domenig et Narayanasamy fournissent des approches importantes pour les soins psychiatriques transculturels. La recherche relative à ce sujet est limitée et nécessite davantage d'investigations.

Mots clés : Soins transculturels, dépression, migration

Danksagung

An dieser Stelle möchten sie sich Autorinnen bei verschiedenen Personen bedanken, die bei der Verfassung der vorliegenden Arbeit Unterstützung geleistet haben. Ein ganz besonderer Dank geht an Frau Ulrike Renate Nigl-Heim, welche als Begleitdozentin mit ihrem fachlich sehr breiten Wissen die Arbeit kompetent betreut, begleitet und mit regelmässigen Feedbacks unterstützt hat.

Einen weiteren Dank möchten die Autorinnen an beide Eltern und Familien aussprechen, welche bei der schriftlichen Korrektur der Arbeit behilflich waren. Ausserdem haben diese Personen den beiden Autorinnen beim Schreiben dieser Arbeit Motivation, Mut und Durchhaltevermögen gegeben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Problembeschreibung	8
1.2 Fragestellung	14
1.3 Ziele und Absichten.....	14
1.4 PICO- Schema.....	15
1.5 Relevanz	16
2. Theoretischer Rahmen.....	18
2.1 Migration	18
2.2 Kultur.....	18
2.3 Migrationsprozess nach Sluzki.....	18
2.4 Depression.....	19
2.5 Erklärungsmodell nach A. Kleinman	19
2.6 Transkulturelle Pflege nach Domenig	21
2.7 Das ACCES- Modell.....	21
3. Methode.....	23
3.1 Design.....	23
3.2 Vorgehen bei der systematischen Literaturübersicht	23
3.2.1 Datenbanken	24
3.2.2 Suchbegriffe und Suchstrategie	24
3.2.3 Erste Datenbankrecherche	25
3.2.4 Auswahl der Studien.....	26
3.2.5 Ein- und Ausschlusskriterien	26
3.2.6 Zusammenfassungen der Studien.....	27
3.2.7 Vorgehen der Synthese der Ergebnisse.....	27
3.2.8 Auswahl der Beurteilungsbogen	28
3.2.9 Kritische Beurteilung der Studien	28
3.3 Ethische Überlegungen.....	28
4. Ergebnisse	30
4.1 Bedürfnisse	30
4.1.1 Spirituelle und religiöse Bedürfnisse.....	30
4.1.2 Kulturelles Verständnis und transkulturelle professionelle Beziehung	31
4.1.3 Unterstützung durch Familie und Gesellschaft	31
4.1.4 Integration und Chancengleichheit	32

4.1.5	Selbsthilfe und Copingstrategien	32
4.1.6	Kommunikation	33
4.2	Transkulturelle Kompetenzprofil einer psychiatrischen Pflegefachperson	33
4.2.1	Kompetenzen aus Sicht der Patienten	33
4.2.2	Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachpersonen.....	35
4.3	Hindernisse in der transkulturellen psychiatrischen Pflege	37
4.3.1	Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen	37
4.3.2	Stigmatisierung.....	38
4.3.3	Misstrauen in westliche Behandlungskonzepte	39
4.3.4	Kommunikation.....	40
4.4	Depression und türkische Kultur	41
4.4.1	Krankheitsverständnis	41
4.4.2	Symptompräsentation.....	43
5.	Diskussion	45
5.1	Bedürfnisse	45
5.2	Transkulturelles Kompetenzprofil einer psychiatrischen Pflegefachperson	46
5.3	Hindernisse in der transkulturellen psychiatrischen Pflege	49
5.4	Depression und türkische Kultur	50
5.5	Qualität der Ergebnisse.....	52
5.6	Stärken und Schwächen der Arbeit.....	53
6.	Schlussfolgerung	55
6.1	Erläuterung zur Zielerreichung	55
6.2	Beantwortung der Fragestellung	55
6.3	Bedeutung und Empfehlung für die Pflegepraxis	56
6.4	Bezug zum Schweizerischen Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.....	57
6.5	Empfehlung für zukünftige Forschungsarbeiten	57
7.	Literaturverzeichnis.....	59
8.	Anhang	64
A)	Phasen des Migrationsprozesses nach Slutzki	64
B)	ICD- Kriterien für eine depressive Episode	66
C)	Fragenkatalog Kleinman	67
D)	Transkulturelle Anamnese nach Domenig	68

E)	Suchstrategie- Tabelle	69
F)	Kriterien zur Beurteilung von qualitativen Studien.....	74
G)	Zusammenfassungen der qualitativen Studien	75
H)	Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Studien	94
I)	Zusammenfassungen der quantitativen Studien	99
J)	Kriterien zur Beurteilung von Mixed-Methods- Studien	114
K)	Zusammenfassungen der Mixed-Methods- Studien.....	117
L)	Tabelle der Resultate und Limitationen.....	123
M)	Lernprozess der Autorinnen.....	135
	Lernprozess Céline Moser mittels SWOT-Analyse	135
	Lernprozess Flurina Casanova mittels SWOT-Analyse	136
N)	Selbstständigkeitserklärung	138

Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Zielsystem.....	14
Tabelle 2: ACCES- Modell.....	22

1. Einleitung

Im Rahmen ihrer Ausbildung zur Pflegefachfrau FH haben die Autorinnen den Auftrag der Fachhochschule für Gesundheit Freiburg erhalten, eine systematische Literaturübersicht als Bachelorarbeit zu schreiben. Den Autorinnen war bei der Wahl der Forschungsfrage wichtig, dass es sich um ein aktuelles Thema handelt, welches sich mit ihrem Interessenfeld der psychiatrischen und transkulturellen Pflege deckt.

Aus lesefreundlichen Gründen wird in der vorliegenden Arbeit nur die männliche Form verwendet. Dabei sind automatisch beide Geschlechter gemeint, sofern es nicht ausdrücklich anders erwähnt ist.

1.1 Problembeschreibung

Über 350 Millionen Menschen weltweit sind depressiv, unabhängig von Alter und Sozialschicht (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2003). Die Depression ist die am häufigsten in der Schweiz auftretende psychische Erkrankung. Es wird angenommen, dass etwa fünf bis sieben Prozent der Bevölkerung an Depression erkranken (Schweizer Gesundheitsobservatorium [OBSAN], (2008), zitiert nach Kayser, 2010). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2007) nennt dabei eine Patientengruppe, welche eine besonders hohe Prävalenz aufweist, an einer psychischen Störung zu erkranken: Die Migrationsbevölkerung. Die in den letzten Jahren vermehrt durchgeführten Untersuchungen führen unter anderem zur Erkenntnis, dass die psychische Gesundheit von Migranten oft schlechter ist als diejenige von Schweizer (BAG, 2007).

Die Gründe dafür scheinen vielfältig und komplex zu sein. Einerseits sind Migranten, zusammen mit anderen vulnerablen Gruppen, stärker von sozialen Problemen wie Armut und Arbeitslosigkeit betroffen. Zusätzlich wirken verschiedene Faktoren auf die Gesundheit von Migranten ein, welchen Schweizer in dieser Form nicht ausgesetzt sind, wie beispielsweise die Verständigungsschwierigkeiten, Diskriminierung, unbefriedigende oder

traumatisierende Situationen im Heimatland oder Ängste und Hoffnungen, welche mit der Migration zusammenhängen (BAG, 2007).

Hax- Schoppenhorst und Jünger (2010) nennen drei Arten von psychischen Störungen, welche häufig in Verbindung mit Migration auftreten: Depression, psychosomatische Beschwerden und posttraumatische Belastungsstörungen. Depressive Menschen gibt es auch in der einheimischen Bevölkerung, aber „Migranten und Migrantinnen leiden häufiger an schweren Depressionen, die einer stationären Pflege bedürfen“ (BfS 2008, zitiert nach Kayser, Krankenpflege 10/ 2010, S. 16).

Im Zusammenhang mit Migration und Depression kristallisieren sich aus der Literatur drei wichtige Aspekte heraus, welche im folgenden Abschnitt näher erklärt werden: Die Symptompräsentation, Erklärungsmodelle und migrationsspezifische Faktoren.

Die Depression ist zwar ein kulturübergreifendes Erkrankungsbild, es bestehen jedoch kulturspezifische Unterschiede betreffend Symptompräsentationen. Laut Aichberger, Schouler- Ocak, Rapp und Heinz (2008) wird in westlichen Kulturen die Störung des Affektes als Hauptmerkmal einer Depression betrachtet. In anderen Kulturen können andere Symptome im Vordergrund stehen. Beispielsweise stehen im europäischen Kulturkreis häufiger schwere Verläufe mit ausgeprägten psychischen Symptomen und Suizidtendenzen im Vordergrund, während in entwicklungsbenachteiligten Ländern eher vegetativ-körperliche Symptome als dominant beschrieben werden (Schouler-Ocak et al. 2010).

Die Darstellung von Symptomen und Problemen, das Krankheitsverständnis sowie die Reaktion auf den Umgang mit der Krankheit werden nicht nur durch individuelle Faktoren beeinflusst. Dass auch die Kultur des Patienten¹ diese

¹ Im weiteren Verlauf werden die Begriffe „Patient“ und „Klient“ synonym verwendet.

wesentlich bedingen kann, zeigt der Ansatz von Arthur Kleinman. Diese immer wieder aufzufindende Referenz für Erklärungsmodelle wird im theoretischen Rahmen näher beschrieben.

Laut Bundesamt für Gesundheit (2007) ist die Migrationserfahrung an sich nicht gesundheitsschädigend, sie bringt jedoch Stress- und Risikofaktoren mit sich, welche eine grössere Vulnerabilität für die Migrationsbevölkerung zur Folge hat und somit die Gefahr für Gesundheitsstörungen erhöht. Die Literaturreview von Bughra (2004) zum Thema Migration und psychische Gesundheit bestätigt diese Aussage. Die Resultate erläutern, dass die Migration zwar ein schweres Stress veranlassendes Phänomen ist, dass aber jeder Migrant den Migrationsprozess individuell erlebt. Bestimmte Grade an biologischen, psychologischen oder sozialen Vulnerabilitäten müssen vorhanden sein, um eine Depression zu entwickeln.

Es existieren verschiedene Modelle, welche die Entstehung psychischer Erkrankung bei Migranten zu erklären versuchen. Eines davon ist der Migrationsprozess nach Sluzki, welcher im Kapitel des theoretischen Rahmens geschildert wird.

Das komplexe Phänomen der Transkulturalität und Depression wird auch in der Schweiz zunehmend untersucht. Die Ergebnisse der epidemiologischen Studie von Lay, Nordt und Rössler (2007) zeigen eine ausgesprochen hohe Behandlungsprävalenz (6 per 1000) bei männlichen Immigranten aus der Türkei, Osteuropa und "anderen Ländern" (Algerien, Tunesien, Iran, Irak, Sri Lanka und übrige Länder). Frauen aus diesen Ländern hingegen werden deutlich seltener stationär behandelt (3,5 - 4,7 per 1000).

Ergebnisse des veröffentlichten „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“ (BAG, 2007) ergänzen dieses Ergebnis mit interessanten Informationen: Das Ausmass der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen erweist sich im Falle der Türcinnen und Türken als signifikant erhöht, besonders mit Blick auf

Behandlungen aufgrund eines psychischen Problems und ambulante Versorgungsleistungen. Zusätzlich weisen Türken einen erhöhten Anteil an Personen auf, „die die Ansicht vertreten, ihre kulturell oder religiös bedingten Bedürfnisse würden nicht angemessen respektiert werden“ (S. 53). Weiter fühlen sich Männer türkischer Staatszugehörigkeit mit Blick auf die Einheimischen oft nicht gleichwertig behandelt.

Zusätzlich zur oben genannten epidemiologischen Studie führten Lay, Lauber, Nordt und Rössler (2006) eine Fallstudie durch, in welcher sie die Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen von Immigranten in der Schweiz über sieben Jahre analysierten. Laut diesen Ergebnissen werden Immigranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung seltener psychiatrisch hospitalisiert, jedoch sind Notfall- und Zwangseinweisungen häufiger als bei Schweizerinnen. Während der Hospitalisierung erhalten ausländische Patienten weniger Psycho-, Ergo- und Physiotherapie und zeigen eine kürzere Hospitalisierungsdauer auf. Lay et al. (2006) kommen zum Schluss, dass Immigranten mit psychischen Krankheiten psychiatrische Gesundheitsinstitutionen weniger in Anspruch nehmen und im stationären Setting auf Ungleichheiten treffen. Diese Unterschiede vergrössern sich, je weiter geographisch entfernt das Heimatland ist. Es existieren zwar spezifische ambulante und stationäre Behandlungsangebote für psychisch kranke Migranten, doch „reichen diese Angebote quantitativ und qualitativ längst nicht aus für die Bedürfnisse innerhalb der Regelversorgung. Ausserdem bedarf es noch spezifischer Behandlungsangebote“ (Küchenhoff 2011, S. 265).

Mit dem stetig zunehmenden Ausländeranteil, der heute 20,6% beträgt, und die Schweiz somit zu den Ländern Westeuropas mit der höchsten Immigrationsanzahl macht (Bundesamt für Statistik, [Bfs] 2012), beschäftigt sich das Bundesamt für Gesundheit intensiv mit dieser Problematik. Ein Teil davon ist das "Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung", welches zentraler Bestandteil der Bundesstrategie "Migration und Gesundheit 2003-2007" war. Die Bundesstrategie nennt als Hauptziel die Chancengleichheit. "Menschen aus allen sozialen Gruppen sollen

Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem haben und angemessene Leistung beanspruchen können" (BAG, 2007, S. 9).

Damit gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden kann, ist ein transkultureller Wandel in Institutionen unverzichtbar, welcher auf struktureller wie auch individueller professioneller Ebene angesetzt wird und die Umsetzung mit Hilfe von spezifischen Methoden und Instrumenten wie auch notwendigen Ressourcen zur Folge hat. Laut Kayser (2010) können fehlende oder mangelnde transkulturelle Kompetenz die Türen zu einer adäquaten Behandlung, Pflege und Therapie schliessen.

Zentraler Bestandteil eines transkulturellen Wandels ist dabei die transkulturelle Kompetenz von Fachpersonen (Kayser, 2010). „Damit die AkteurInnen im Gesundheitssystem ihre Leistungen im Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund stärker auf deren spezifische Bedürfnisse abstimmen können, sind sie nicht nur auf unterstützende Angebote wie interkulturelle Übersetzung angewiesen, sondern müssen sich auch transkulturelle Kompetenzen aneignen“ (BAG, 2007, S. 48). Dass Pflegefachpersonen zu den Akteuren im Gesundheitssystem gehören, steht ausser Frage. Doch was bedeutet nun die transkulturelle Pflege genau für die Pflege in der Psychiatrie?

Die kulturelle Kompetenz ist ein essentieller Aspekt in der psychiatrischen Pflege. Die Kultur determiniert, wie psychische Krankheiten definiert werden und wie Leute mit psychischen Krankheiten von ihrer kulturellen Gruppe wahrgenommen werden. Kulturelle Missverständnisse zwischen Pflegenden und Klient können schwerwiegende Einflüsse auf die therapeutische Beziehung haben, welche die Essenz der psychiatrischen Pflege ist. Kulturelle Missverständnisse können beispielsweise entstehen, wenn unterschiedliche Erwartungshaltungen seitens der Fachleute und der Patienten mit Migrationshintergrund bestehen. Beispielsweise könnte es sein, dass eine Patientin mit türkischem Migrationshintergrund direkte, lebenspraktische Hilfe von Gesundheitsfachleuten erwartet. Westliche Konzepte hingegen verfolgen eher das Ziel, die Autonomie ressourcenorientiert zu stärken und eine sachlich

distanzierte, partnerschaftliche Haltung gegenüber Patienten einzunehmen. Folglich kann aufgrund dieser unterschiedlichen Erwartungen die therapeutische Beziehung beeinträchtigt werden, was schlussendlich zu einem Therapieabbruch führen kann (Penka, Schouler-Ocak, Heinz & Kluge, 2012).

Um kulturelle Missverständnisse zu vermeiden, Patienten mit einem Migrationshintergrund im Gesundheitswesen zu begleiten und sie in ihren Lebensaktivitäten adäquat zu unterstützen, ist es unerlässlich, ihre spezifischen Bedürfnisse zu erfassen, was folglich auch den klinischen Arbeitsalltag erleichtern würde. Das Erfassen der spezifischen Bedürfnisse eines Migranten bedeutet jedoch nicht, dass man sie von seiner Kultur ableiten kann. Eine Kulturalisierung, d.h. Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auf eine Kultur zu reduzieren, muss unbedingt vermieden werden (Küchenhoff, 2011).

Hug (2012), Pflegefachmann auf der ethnopsychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Zürich bestätigte (in einem Telefongespräch), dass Migranten und Migrantinnen meistens von affektiven Störungen betroffen seien. Er sieht (wie Küchenhoff) eine grosse Gefahr der Kulturalisierung. Die Pflegenden müssten zwar über ein Hintergrundwissen verschiedener Kulturen verfügen, jedoch ihre Patienten nicht dementsprechend etikettieren. Im Zentrum stehen soll der Mensch als Individuum und nicht seine Herkunft.

Der Rapport für zukünftige Pflege (Nardi, Waite & Killian, 2012) erläutert die Notwendigkeit von patientenzentrierter Pflege mit sorgfältiger Verbindung der Kultur des Patienten. In den letzten Jahren wurden sich die Gesundheitsfachleute zwar der Wichtigkeit transkultureller Pflege bewusst, doch wird die Kernkompetenz mangelhaft verstanden, unregelmässig aufgezeigt und ungenügend unterrichtet. Besonders Gesundheitsfachleute im psychiatrischen Bereich müssen diese Lücke füllen. Dafür benötigt es an evidenzbasierten Ergebnissen zu transkultureller Pflege und ihren Interventionen (Nardi et al., 2012), um damit eine Chancengleichheit in psychiatrischen Gesundheitsinstitutionen herzustellen.

1.2 Fragestellung

Aus der oben beschriebenen Problematik lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

„Wie können Pflegende im psychiatrischen Setting auf kulturspezifische Bedürfnisse von Migranten mit einer Depression professionell eingehen?“

Das Forschungsdesign dieser Arbeit ist eine systematische Literaturübersicht, welche 12 Studien zur evidenzbasierten Beantwortung der Fragestellung miteinbezieht.

1.3 Ziele und Absichten

Die Autorinnen dieser Arbeit haben mit konkreten Zielen im Zusammenhang mit der oben genannten Fragestellung gearbeitet, welche in der folgenden Tabelle ersichtlich sind:

Hauptziel	
Der aktuelle Forschungsstand soll Antwort darauf geben, wie Pflegende im psychiatrischen Setting auf kulturspezifische Bedürfnisse von Migranten mit einer Depression professionell eingehen können.	
Subziele	
Subziel 1	Das Profil der transkulturellen Kompetenz einer Pflegefachperson in der Psychiatrie ist definiert.
Subziel 2	Der Fokus ist auf das Krankheitsbild der Depression gelegt.
Subziel 3	Faktoren, welche eine hindernde Wirkung auf die transkulturelle Pflege ausüben, sind identifiziert.

Subziel 3	Die Bedürfnisse von depressiven Migranten sind eruiert.
Subziel 4	Es sind unter anderem einige Studien miteinbezogen, welche sich spezifisch mit der türkischen Kultur und türkischen stämmigen Immigranten befassen, da diese Population laut Literatur in der Schweiz häufig vertreten ist.
Subziel 5	Anhand der Ergebnisse sind Empfehlungen für die Praxis in schweizerischen psychiatrischen Gesundheitsinstitutionen abgeleitet.

Tabelle 1: Zielsystem

Um die Ziele und die Fragestellung zu konkretisieren und einzugrenzen, verwendeten die Autorinnen als Hilfestellung das PICO-Schema, welches im folgenden Abschnitt näher beschrieben wird.

1.4 PICO- Schema

Laut Behrens und Langer (2010) besteht der Sinn dieses Schemas darin, sich einem Problem bewusster zu werden, indem man es von verschiedenen Seiten betrachtet. Zusätzlich ermöglicht dieses Schema die Konkretisierung der Fragestellung. Durch die Anwendung des PICO-Schemas kristallisieren sich zentrale Schlüsselwörter für die Fragestellung heraus (Behrens & Langer, 2010). Im folgenden Abschnitt wird das PICO-Schema für die vorliegende Thematik beschrieben.

Population:

- Probanden mit Migrationshintergrund
- Gesundheitsfachleute
- Türkische Probanden entweder mit oder ohne Migrationshintergrund

Phänomen der Studie (phenomena of interest):

- Bedürfnisse von depressiven Migranten
- Erleben von Gesundheitspersonal im Umgang mit depressiven Migranten

Kontext:

- Psychiatrische ambulante und stationäre Gesundheitsdienste, deren Klientel von diversen Kulturen charakterisiert sind.

Ergebnisse (Outcome):

- Bedürfnisse von depressiven Migranten werden von psychiatrischen Pflegefachpersonen mit dem notwendigen Kompetenzprofil wahrgenommen und berücksichtigt.

Anhand des PICO-Schemas konnte eine konkrete Fragestellung und die damit verbundenen Ziele erfasst werden. Den Autorinnen war es zusätzlich wichtig, eine aktuelle und pflegerelevante Thematik für die systematische Literaturübersicht zu wählen. Im nächsten Kapitel wird deshalb die Relevanz des aktuellen Themas beschrieben.

1.5 Relevanz

Wie der Problembeschrieb aufzeigt, schildern Informationen auf Bundesebene, aus der Pflegeforschung sowie Erfahrungsberichten aus der Praxis die Notwendigkeit der transkulturellen Kompetenz von Gesundheitsfachleuten. Dass Pflegefachpersonen zu den Gesundheitsfachleuten gehören, steht ausser Frage. Die Pflegeforschung spielt hierbei eine besonders wichtige Rolle. Laut Mayer (2007) ist das Hauptanliegen der Pflegeforschung die Wissensvermehrung. Dies soll durch diese Literaturübersicht erreicht werden, indem das Fachwissen der Pflegefachpersonen zum Thema transkultureller Pflege von depressiven Migranten vertieft wird, wodurch die Pflegequalität von depressiven Migranten gewährleistet und somit das vom Bundesamt für

Gesundheit angestrebte Ziel der Chancengleichheit auf pflegerischer Ebene gefördert wird. Damit könnte zusätzlich ein grosser Beitrag zum Evidence-based-Nursing in diesem spezifischen Setting beigetragen werden. Evidence-based-Nursing ist die Integration von klinischer Expertise (welche die Autorinnen noch nicht haben, jedoch durch Kontakt mit einem Pflegefachmann einer ethnopsychiatrischen Abteilung erfahren konnten), Entscheidung, Patientenpräferenzen und Forschungsergebnissen (Schorro, 2012).

2. Theoretischer Rahmen

Im vorliegenden Kapitel werden vorerst wichtige Begriffe der Fragestellung definiert. Anschliessend werden die wichtigsten Konzepte und Theorien vorgestellt, welche den theoretischen Rahmen der Bachelorthesis abdecken.

2.1 Migration

Der Begriff Migration bedeutet „Einwanderung in ein fremdes, unbekanntes Land, mit verschiedenen Erfahrungen, Schicksalen und psychischen Herausforderungen. Jedes Jahr migrieren Millionen Menschen, aus eigenem Entschluss oder infolge von Entscheidungen anderer, die ihr ganzes bewegliches Eigentum oder auch nur ein kleines Bündel mit Habseligkeiten mit sich führen“ (Slutzki 2004, zitiert nach Nigl-Heim, 2011a, S.1).

2.2 Kultur

Kultur enthält das lateinische Wort „Cultura“, was Pflege (des Körpers und Geistes) und Landbau bedeutet (Nigl-Heim, 2011b).

„Der Mensch ist ein Wesen, das in selbstgesponnene Bedeutungsnetzen verstrickt ist. Diese Netze bezeichnen wir als Kultur“ (Geertz, 1973, zitiert nach Nigl-Heim 2011b, S.4).

Der Begriff „Kultur“ beinhaltet verschiedene Aspekte, nämlich materielle Ausrüstung, Gesellschaftsorganisation sowie ein Werte- und Normensystem (Nigl-Heim, 2011b).

2.3 Migrationsprozess nach Sluzki

Die Migration wird von Carlos E. Sluzki (2001) in sogenannten „psychologische Phasen“ in einem Migrationsprozess beschrieben. Jede Phase zeichnet sich durch bestimmte Abläufe und typische familiäre Bewältigungsmuster aus und

jede Phase kann typische Konfliktsituationen mit entsprechenden Symptomkomplexen auslösen. Diese Konflikte können entweder als normaler Prozess der Migration empfunden werden, können aber auch Grundstein für familiäre oder individuelle Krisen bedeuten. Der Verlauf und Übergang solcher Konflikte in eine Krise hängt stark von den familiären oder individuellen Bewältigungsstrategien, von den vorhandenen beziehungsweise nicht vorhandenen Ressourcen und eventuellen zusätzlichen Belastungen, ab.

Beim Migrationsprozess nach Sluzki handelt es sich um ein Modell, das eine recht hohe kulturübergreifende Validität besitzt. Das heisst, dass dieses Modell unabhängig von einer Kultur zur anderen gebraucht und übertragen werden kann. Die einzelnen Phasen werden im Anhang A näher beschrieben.

2.4 Depression

Die beiden Autorinnen arbeiten in der Bachelorarbeit mit der Definition der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10). Es wird angemerkt, dass der Begriff „Depression“ und „depressive Episode“ in dieser Arbeit gleichgestellt werden. Nach dieser Klassifikation wird Depression in das Kapitel der affektiven Störungen (F30 – F39) eingeteilt. Affektive Störungen charakterisieren sich durch eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität. ICD-10 teilt depressive Episoden in leichte, mittelgradige und schwere Episoden ein. Im Anhang B sind die genauen Forschungskriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 aufgezeigt.

2.5 Erklärungsmodell nach A. Kleinman

Eine in der Literatur immer wieder aufzufindende Referenz für Erklärungsmodelle (auf englisch Explanatory Models) ist Arthur Kleinmann. Dieser weist darauf hin, dass das Krankheitsverständnis, die Wahrnehmung und Darstellung von Symptomen und Problemen sowie die Reaktion auf den Umgang mit der Krankheit nicht nur durch individuelle Faktoren beeinflusst wird, sondern dass die Kultur des Patienten diese wesentlich bedingen kann.

So kann die Kultur die Erwartungen des Patienten an die Behandlung und ihre Akteure beeinflussen, sowie seine Compliance. Durch eine Migration kann das Erklärungsmodell jedoch verändert werden, indem die Migranten neue Ideen aus dem Aufnahmeland integrieren (Schouler-Ocak et al., 2010).

Ein Beispiel dafür wäre, dass die Ursache der Entstehung einer Depression externalisiert wird. Somit kann Depression nicht als Reaktion auf Belastungen erlebt werden, sondern als Strafe Gottes, Schicksal oder Resultat magischer Praktiken. Beim Auftreten somatischer Symptome kann die Diagnose Depression von Patienten nicht akzeptiert oder nicht verstanden werden, da sie überzeugt sind, dass eine organische Ursache dahinter steht. Die Erklärung, dass eine psychische Erkrankung körperliche Symptome hervorrufen kann, wird nicht verstanden oder akzeptiert (Kayser, 2010).

Der Ansatz von Kleinman kann laut Domenig (2007) auf migrantenbezogene Fragestellungen im Bereich der Pflege transferiert werden. Sein Ansatz charakterisiert sich durch einen ethnozentrischen Blickwinkel. So kann man bei einer Erkrankung zwischen den beiden Begriffen „illness“ (Kranksein) und „disease“ (Erkrankung) unterscheiden. „Disease“ beschreibt den typischen Verlauf der biomedizinischen Perspektive einer Krankheit und „illness“ definiert das subjektive Erleben im Bezug auf eine Krankheit. So beinhaltet eine Krankheit physische, psychische, soziale und kulturelle Komponenten. Gibt es Unterschiede in den Erklärungsmodellen von Pflegenden, Ärzten und Patienten, können daraus Unstimmigkeiten resultieren. Laut Kleinman (zitiert nach Domenig, 2007) müssen Gesundheitsfachleute primär in der professionellen Beziehung die Illness-Erklärungsmodelle der Patienten aufnehmen und entsprechend in die Behandlung einbeziehen, um schlussendlich auf beiden Seiten Zufriedenheit zu erzielen und Behandlungserfolge zu verbessern.

Im Anhang C sind die Fragen des Erklärungsmodells nach Arthur Kleinman (n.d.) aufgezeigt.

2.6 Transkulturelle Pflege nach Domenig

Laut Domenig (2007) ist „transkulturelle Kompetenz die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen“ (S. 174). Domenig sieht im Kern der transkulturellen Kompetenz die Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext, welche sich auf folgende drei Säulen stützt: Die Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung und die narrative Empathie. Im Anhang D befindet sich die transkulturelle Anamnese nach Domenig.

2.7 Das ACCES- Modell

Das ACCES Modell, welches von Aru Narayanasamy, Professor in Pflegewissenschaft an der Universität von Nottingham UK, entwickelt wurde, wird seit 2002 als theoretischer Rahmen für transkulturelle Kompetenzen in der Pflege an der Universität von Nottingham unterrichtet. Das Modell wurde mittlerweile in anderen europäischen Ländern, Australien, Kanada, Hong Kong, Taiwan, Indien sowie in der Türkei angepasst (University of Nottingham, 2013).

Transkulturelle Pflege	
Assesment	Fokus auf kulturelle Aspekte des Lebensstils des Klienten, Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten
Communication	Achtsamkeit auf verbale und non verbale Antworten
Cultural negotiation and comprise	Kenntnis der kulturellen Aspekte sowie das Verständnis der Sicht des Patienten und die Erklärung seiner Probleme
Establishing respect and rapport	Eine therapeutische Beziehung fördern, welche sich durch authentischen Respekt für den kulturellen Glauben und Werte des Patienten zeigt
Sensitivity	Den kulturell diversen Gruppen eine kulturelle Sensibilität entgegenbringen
Safety	Den Klienten befähigen, ein Gefühl von kultureller Sicherheit abzuleiten, um somit eine Vertrauensbeziehung herzustellen

Tabelle 2: ACCES-Modell (Narayanasamy & White, 2005)

Anhand des theoretischen Rahmens konnten die beiden Autorinnen ihr Fachwissen in der transkulturellen Psychiatrie mobilisieren und erweitern. Dank des erworbenen Basiswissens können sich die Autorinnen vermehrt kritisch mit Forschungsartikeln auseinandersetzen. Somit konnten sich die Autorinnen der Methodologie widmen, welche im nächsten Kapitel beschrieben wird.

3. Methode

Im folgenden Kapitel werden das Design sowie die Vorgehensweise der vorliegenden Bachelorthesis beschrieben.

3.1 Design

Für diese Arbeit wurde vorschriftsgemäss das Design einer systematischen Literaturübersicht gewählt. Wie im Problembeschrieb aufgezeigt wurde, scheint es von grosser Bedeutung zu sein, Forschungsergebnisse in diesem Bereich für die Praxis herauszuarbeiten, um in Zukunft dem Schritt einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege von Migranten näher zu kommen. Eine systematische Literaturübersicht wird von Mayer (2011) als „Zusammenfassung des Forschungsstandes über ein bestimmtes Thema“ definiert. Anhand der Bachelorthesis wird versucht, eine möglichst genaue und aktuelle Übersicht dieser Thematik zu erfassen. Es können somit Vergleiche unter den Studien, jedoch auch unter verschiedenen, vergleichbaren Ländern gemacht werden, um Vorschläge für die Praxis zu entfalten. Die Autorinnen möchten anhand Studien mit Probanden aus einer spezifischen Kultur (Türkei) ein evidenzbasiertes Beispiel für den pflegerischen Umgang mit türkischen Migranten ableiten.

3.2 Vorgehen bei der systematischen Literaturübersicht

Der erste grosse Schritt dieser Arbeit war das Schreiben des Proposals im Frühjahr 2012. Danach stand das Gerüst für die nächsten Schritte, welche kurz darauf eingeleitet wurden. Im weiteren Vorgehen wurde den beiden Autorinnen bewusst, dass es sich um eine sehr abstrakte sowie mangelhaft erforschte Thematik handelt. Mittels Fragestellung haben die Autorinnen konkrete Ziele vereinbart, die den Rahmen der Bachelorthesis nicht sprengen liessen. Dank der leicht veränderten Fragestellung konnte das Kriterium, 15 Studien miteinzubeziehen, trotzdem nicht vollkommen berücksichtigt werden. In der engeren Auswahl konnten zwar 15 Studien bearbeitet werden. Dabei haben die

Autorinnen jedoch gemerkt, dass einige dieser Artikel zu medizinisch orientiert oder nicht für die Beantwortung der Fragestellung geeignet waren. Schlussendlich konnten 12 Studien in diese systematische Literaturübersicht miteinbezogen werden. In den weiteren Unterkapiteln wird das Vorgehen genau beschrieben.

3.2.1 Datenbanken

Auf den folgenden Datenbanken wurde von beiden Autorinnen nach passenden Studien gesucht: Pubmed und Cinahl. Die Suche in den genannten Datenbanken verwies die Autorinnen unter anderem auf die Volltextversionen der folgenden Zeitschriften: „Journal of Transcultural Psychiatry (Sagepub)“, „Journal of Transcultural Nursing“. Die meisten brauchbaren Studien wurden auf der Datenbank Pubmed gefunden.

3.2.2 Suchbegriffe und Suchstrategie

Der Suchverlauf wird hier festgehalten, damit die Suchstrategie der Autorinnen nachvollziehbar ist. Die Autorinnen haben sich zuerst Suchbegriffe in der deutschen Sprache überlegt. Die ausgewählten Begriffe wurden dann in die englische Sprache übersetzt, um sie bei der Suche in den Datenbanken, entweder als Begriff oder als sogenannte MeSH-Terms, gebrauchen zu können. Die deutschen Suchbegriffe lauten: Migration, Migranten, Depression, Psychiatrie, Pflege, Bedürfnisse, transkulturelle Kompetenzen, psychische Gesundheit, Assessment, Kultur, Türkei, türkische Patienten, Schweiz. Daraus erfolgten diese englische Begriffe: „Migration“, „immigrants“, „immigration“, „migrants“, „depressive disorder“, „depression“, „transcultural competence“, „transcultural nursing“, „transcultural assesment“, „mental health“, „psychiatry“, „ethnopsychology“, „nursing interventions“, „assessment“, „nursing“, „cross-cultural“, „culture“, „needs“, „intercultural communication“, „ethnic groups“, „help-seeking“, „cultural diversity“, „cultural differences“, „turkey“, „turkish people“, „turkish beliefs“, „turkish illness-beliefs“, „cultural models of depression“, „explanatory models“, „switzerland“. Die Autorinnen haben die

Suchbegriffe kombiniert und sind schlussendlich auf die in dieser systematischen Literaturübersicht benutzten Studien gestossen. Dabei wurde die Verknüpfung „AND“ vorgenommen.

Im Anhang E ist tabellarisch aufgezeigt, wie die Autorinnen die Begriffe kombiniert haben und welche Suchergebnisse sich ergeben haben.

Ausserdem wurde eine weitere Suchstrategie verwendet. Die Autorinnen haben jeweils die Quellenangaben von Übersichtsarbeiten, sowie Forschungsartikel und Studien nach weiterer Literatur untersucht. Falls sich bei der Suche ein interessanter Titel ergeben hatte, wurde dieser in der Suchmaschine „Google Scholar“ eingegeben, um zur Volltextversion zu gelangen. So konnten zwei Studien dieser Literaturübersicht miteinbezogen werden.

3.2.3 *Erste Datenbankrecherche*

Ursprünglich war gedacht, die Fragestellung mit dem Pflegeprozess zu verknüpfen. Eine erste Datenbankrecherche hat den Mangel an Evidenz gezeigt und somit musste die im Proposal definierte Fragestellung geändert werden. Zudem wurde keine systematische Literaturübersicht zu dieser Thematik gefunden.

Durch eine kleine Abänderung der Fragestellung nach Absprache mit der Begleitperson Ulrike-Renate Nigl-Heim wurde diese so verändert, dass die Thematik etwas genereller erfasst werden konnte und ausserdem mit der obengenannten Idee, ein konkretes Beispiel anhand der türkischen Kultur, einzubeziehen. Durch die etwas breiter gefasste Fragestellung wurde danach nach Studien gesucht, die den beiden Autorinnen behilflich waren, die Fragestellung der Arbeit zu beantworten.

3.2.4 Auswahl der Studien

Insgesamt wurden 42 relevante Treffer auf den Suchbanken gefunden. 30 Studien mussten ausgeschlossen werden und schlussendlich konnten 12 Studien in die Bachelorarbeit integriert werden. Die Studienauswahl erfolgte hierarchisch nach Titel, dann nach Abstract und schliesslich nach einer genaueren Lektüre der Studien. Die Gründe für eine Ausschluss der Studien werden im Kapitel der Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben.

3.2.5 Ein- und Ausschlusskriterien

Dank dem PiCo-Schema konnten die Ein- und Ausschlusskriterien genau definiert werden, welche folglich beschrieben werden.

Für den grösseren Teil der Arbeit (8 Studien) werden in die Bachelorarbeit alle Studien eingeschlossen, welche mit erwachsenen Probanden mit einem Migrationshintergrund durchgeführt wurden oder mit Gesundheitsfachleuten, welche mit Klienten aus verschiedenen Kulturen arbeiten. Im kleineren Teil der Studien (4 Studien), welcher als kulturelles Beispiel genutzt wird, werden Studien, welche mit Probanden türkischer Herkunft durchgeführt wurden, in die Übersichtsarbeit integriert. Im grösseren Teil werden Studien aus Ländern mit einer ähnlichen Kultur wie USA, Australien und Europa in die Bachelorarbeit eingeschlossen. Aufgrund der Sprachkenntnisse der beiden Autorinnen werden nur Studien eingeschlossen, die in deutscher, englischer, oder französischer Sprache verfasst wurden. Im Rahmen der Bachelorthesis wurden nur Studien miteinbezogen, die als Gratis-Vollversion über die Hochschule für Gesundheit Freiburg bezogen werden konnten. Das im Vordergrund stehende Krankheitsbild der eingeschlossenen Studien ist die Depression, weil es die häufigste psychische Erkrankung im Zusammenhang mit Migration ist. Im grösseren Teil werden nur Studien in die Literaturübersicht miteinbezogen, welche die Rolle von Pflegefachpersonen sowie die Relevanz für die Pflege beinhalten. Studien, welche die Ärzte sowie ihre Kompetenzen betreffen, werden nicht in die Literaturübersicht miteinbezogen. Aufgrund des Interessengebietes der beiden Autorinnen werden Studien, die mit Probanden

mit posttraumatischen Belastungsstörungen durchgeführt wurden, ausgeschlossen. Ausserdem wurden Studien, welche mit Probandinnen mit einer postnatalen Depression durchgeführt wurden, auch ausgeschlossen. Um einen möglichst aktuellen Forschungsstand zu erhalten, wurden alle Studien, die älter als zehn Jahre sind, nicht einbezogen. Den Autorinnen ist bewusst, dass bei der vorliegenden Thematik Gender-Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Zwei Studien wurden nur mit weiblichen Probandinnen durchgeführt. Die Autorinnen nehmen diese Aspekte bei der Bearbeitung der Studien zur Kenntnis; jedoch würde eine genauere Auseinandersetzung damit den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

3.2.6 Zusammenfassungen der Studien

Alle Studien sind tabellarisch zusammengefasst. Die Tabelle beinhaltet die verschiedenen Aspekte: Autor, Publikationsjahr und Titel, Ziel/Fragestellung, Design, Setting, Stichprobe, Methode, Ergebnisse, Diskussion/Schlussfolgerungen. Die Tabelle wurde auf diese Weise von den beiden Autorinnen gegliedert, welche den Aussagen des Dozenten Herr Ewald Schorro (2012) entsprechen. Die Zusammenfassungen aller Studien sind in den Anhängen G, I, K (nach Designs geordnet) konsultierbar.

3.2.7 Vorgehen der Synthese der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studien werden im Kapitel 4 („Ergebnisse“) noch genauer beschrieben. Zur Auswertung der Resultate erfassten die beiden Autorinnen Oberbegriffe, welche sich aus den Zusammenfassungen der Resultate jeder einzelnen Studie ergeben haben. Die Oberbegriffe bilden sogenannte Hauptthemen, welche den Autorinnen halfen, eine Synthese der Ergebnisse zu verfassen. Im Diskussionskapitel werden die Resultate mittels Verknüpfung zum theoretischen Rahmen und zur Problembeschreibung diskutiert und interpretiert.

3.2.8 Auswahl der Beurteilungsbogen

Die Autorinnen dieser Arbeit haben für die kritische Bewertung von qualitativen Studien den Beurteilungsbogen nach Behrens und Langer (2004) benutzt (Anhang F). Die kritische Beurteilung von quantitativen Studien erfolgte mittels Beurteilungsbogen von LoBiondo- Wood und Haber (2005) (Anhang H). Für die Bewertung von Studien mit einem Mixed-Methods-Design wurde mit dem „Evaluative Tool für Mixed Method Studies“ nach Long (2005) (Anhang J) gearbeitet.

3.2.9 Kritische Beurteilung der Studien

Dank der kritischen Beurteilung der methodischen sowie der inhaltlichen Aspekte der Studien haben die Autorinnen ein Punktesystem ausgewählt, um diese zu bewerten. Jedes Item der Beurteilungsbogen kann 1 Punkt erreichen. Für die qualitativen Studien kann ein Gesamtpunktetotal von 12 Punkten, für die quantitativen Studien ein solches von 14 Punkten und für die Studien mit einem Mixed-Methods Design ein solches von 16 Punkte erreicht werden. Die Studien müssen mindestens 70% der Punkte erreichen, damit sie in die Literaturübersicht miteinbezogen wurden. Dies ergibt für die qualitativen Studien ein Mindestpunktetotal von 8.4, für die quantitativen Studien ein Total von 9.8 Punkten und für die Studien mit einem Mixed-Methods Design ein Mindestpunktetotal von 11.2 Punkten.

3.3 Ethische Überlegungen

Laut Mayer (2011) wirft wissenschaftliche Forschung, die sich mit dem Menschen befasst, jeweils ethische Fragen auf. Die ethischen Grundsätze gelten für die praktische Pflege als auch für die Pflegeforschung, wobei die Forschungsinteressen nicht höher als die Interessen des Menschen stehen dürfen. Aus diesen Gründen haben die Autorinnen dieser Literaturübersicht bei jeder Studie darauf geachtet, ob und in welcher Form ethische Überlegungen vorgenommen wurden. Wie bereits in der Problembeschreibung

erwähnt wurde, besteht in der transkulturellen Psychiatrie eine Gefahr der Stereotypisierung, sei es durch das Beschreiben von Bedürfnissen depressiver Migranten sowie ihre Symptompräsentation. Deshalb scheint den Autorinnen, im Hinblick auf die ethischen Prinzipien „Gutes Tun“ und „Nicht-Schaden“ wichtig zu präzisieren, dass in der transkulturellen psychiatrischen Pflege alle Patienten als Individuen mit eigenen Bedürfnissen und Ausdrucksformen respektiert und ernst genommen werden müssen.

4. Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der miteinbezogenen Studien aufgezeigt. Die Autorinnen haben zur Eingliederung der Ergebnisse verschiedene Kernthemen und Kategorien definiert, die in den Studien beschrieben worden sind und welche für die Beantwortung der Fragestellung wichtig sind. Im Anhang L werden die Resultate sowie ihre Limitationen in Tabellenform aufgezeigt. Insgesamt konnten in die Arbeit 12 Studien miteinbezogen werden, welche analysiert und bewertet wurden. Dabei handelt es sich bei sechs Studien um qualitative, bei vier Artikel um quantitative und bei zwei um Mixed-Methods Designs.

4.1 Bedürfnisse

4.1.1 Spirituelle und religiöse Bedürfnisse

In den Ergebnissen der Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) sagten Gesundheitsfachleute, dass spiritueller Glaube und Vertrauen in traditionelle Gesundheitspraktiken eine Quelle für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit für die Migrantinnen seien und es wurde vermehrt verstanden, dass der starke Sinn für Glaube, Spiritualität und Religion sehr wichtig für die Migrantinnen sei, um eine gute Gesundheit beizubehalten. Die meisten Gesundheitsfachleute dieser Studie äusserten ausserdem ein Bewusstsein für die kulturell gebundenen Konzepte wie der Glaube an Karma, Astrologie der betreuten Migrantinnen zu haben.

Gorman, Brough und Ramirez (2003) unterstreichen das Gewicht in der Praktizierung von Gebeten zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit. Auch die Studie von Wilson (2010) bestätigt die wichtige Rolle des Glaubens an Gott und des Betens im alltäglichen Leben.

4.1.2 Kulturelles Verständnis und transkulturelle professionelle Beziehung

In der Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) wird deutlich, dass sich aus Sicht der teilnehmenden Gesundheitsfachleute folgende Bedürfnisse von Migrantinnen herauskristallisieren: Verständliche und familiäre Akzeptanz der Kultur der Migrantinnen seitens der Gesundheitsfachleute soll die professionelle Beziehung positiv beeinflussen. Viele Gesundheitsfachleute haben geschildert, dass die Migrantinnen jemanden wollen, der ihre Kultur und Ansichten versteht und dass Migrantinnen eine „kulturelle Familiarität“ empfinden möchten. In der Studie von Gorman et al. (2003) identifizieren Jugendliche mit diversen kulturellen sprachlichen Hintergründen die Gemeinschaft, Nähe, Respekt für Ältere, Tanz, Musik und Feste sowie traditionelles Essen als Wertsymbole im Bezug auf ihre psychische Gesundheit. In der Studie von Lawrence, Banerjee, Bhugra, Sangha, Turner und Murray (2006) haben die Personen, welche einen Psychiater regelmässig konsultieren, jedoch erläutert, dass die Begleitung seinerseits und die Möglichkeit, offen über ihren Zustand zu sprechen, sie beruhigt haben. Die Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) zeigt, dass unterschiedliche Werte und Perspektiven zwischen Gesundheitsfachleuten und Klientinnen eine Barriere in der professionellen Beziehung darstellen. Wilson (2010) zeigt, dass Pflegefachpersonen von Patienten erwarten, dass sie ihre Gedanken und Gefühle bezüglich ihrer Krankheit mitteilen, um bei der Problemlösung helfen zu können. Nur 50% der Pflegefachpersonen äusserten, dass Patienten über ihre Wahrnehmung und Gefühle sprechen wollen.

4.1.3 Unterstützung durch Familie und Gesellschaft

Gorman et al. (2003) konnten die Familie als wichtiges Wertsymbol für die psychische Gesundheit identifizieren. Die Wichtigkeit, Kontakte mit Familie und Freunden aufrechtzuerhalten wird erläutert. Laut ihren Angaben schätzten viele Teilnehmer gesellschaftliches Beisammensein als wichtigen Präventionsfaktor für die soziale Isolation ein. Gleichzeitig werden in dieser Studie jedoch Ängste und Besorgnis beschrieben, dass Teilnehmer ihre Probleme nicht mit den

Daheimgebliebenen teilen wollen, um sie nicht zu belasten oder weil sie befürchten, dass die Familienmitglieder ihre Sorgen nicht verstehen könnten.

Lawrence et al. (2006) unterstreicht in ihren Ergebnissen die wichtige Rolle der Familie sowie der Freunde zur Bewältigung einer Depression.

4.1.4 Integration und Chancengleichheit

Gorman et al. (2003) erläutern die Möglichkeit, einer Arbeit nachzugehen, um eine ökonomische Sicherheit zu erlangen, als wichtigen Faktor für die Unabhängigkeit, was schlussendlich zur Steigerung des Selbstbewusstseins führt.

4.1.5 Selbsthilfe und Copingstrategien

Die Teilnehmer der Studie von Gorman et al. (2003) nennen folgende Copingstrategien in Bezug auf ihre psychische Gesundheit: Unterhaltung, und/oder Ablenkung durch Musik und Filme, Ausgang und physische Aktivität zur Stressreduktion. Sie erläutern weiter, dass die Förderung von sozialen Kontakten eine wichtige Strategie ist, soziale Isolation zu verhindern. Zusätzlich werden interne Ressourcen genannt: Positive Sichtweise annehmen, eigene Stärken identifizieren und die Einstellung, Kontrolle über die Situation zu nehmen, anstatt sich als Opfer zu identifizieren. Die Teilnahme an religiösen Aktivitäten wurde als Quelle für die Resilienz genannt. Aufrechterhaltung und in Verbindung bleiben mit der eigenen Kultur durch Kontakt mit Familie, Freunden oder Landsgenossen bedeutet eine weitere wichtige Copingmethode.

In der Studie von Lawrence et al. (2006) wird das Selbstmanagement angesprochen. Dabei haben die meisten Teilnehmer erläutert, dass der Anstoss für die Bekämpfung einer Depression von einem selbst kommen sollte und dass man selbst wollen muss, um eine Depression hundertprozentig bekämpfen zu können. Formelle und informelle Unterstützung wird als sekundär oder teilweise sogar als unbedeutend empfunden. Wie oben in den

internen Ressourcen genannt, zeigt auch die Studie von Lawrence et al. (2006) auf, dass Stärken von inneren Ressourcen, die Selbstmotivation und die positiven Einstellungen notwendig sind. Einige südasiatische Probanden erläuterten, dass es wichtig sei, die Lebensansichten anzupassen. Die meist genannte kognitive Strategie war die Copingstrategie, d.h. Dinge zu unternehmen, welche den Kopf und die Seele von negativen Gedanken und Sorgen befreien. Diese Aussage wird in den Ergebnissen von Gorman et al. (2003) bestätigt. Dabei haben alle ethnischen Gruppen die Erkenntnis erläutert, dass es schlecht sei, „alle Tage die 4 Wände anzustarren“ und dass es für sie wichtig sei, hinauszugehen. Es wurde jedoch auch gesagt, dass es mit den Symptomen einer Depression nicht immer einfach sei, diese Copingstrategien umzusetzen. Auch die Studie von Wilson (2010) erläutert die wichtige Rolle im Selbstmanagement der Krankheit.

4.1.6 Kommunikation

Laut Gorman et al. (2003) übt für Jugendliche mit diversen kulturellen und sprachlichen Hintergründen die „eigene Sprache sprechen zu können“ eine positive Wirkung auf deren eigene Identität aus. Auch die Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) sagt aus, dass ein Bedürfnis bei Migrantinnen bestehe, ihre eigene Sprache zu sprechen.

4.2 Transkulturelle Kompetenzprofil einer psychiatrischen Pflegefachperson

4.2.1 Kompetenzen aus Sicht der Patienten

In der Studie von Wilson (2010) wurden afroamerikanische Migranten gefragt, welche Kompetenzen sie sich von einer Pflegefachperson wünschen. Daraus identifizierten sie 3 Hauptaspekte: Eine ermutigende und beruhigende Haltung, eine Anwaltsfunktion („speaking up for me“) sowie die Wahrnehmung ihrer spirituellen Bedürfnisse. Die Wichtigkeit der ermutigenden und beruhigenden Haltung begründeten die Probanden mit dem beeinträchtigten Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, welches durch ihre psychische Krankheit hervorgerufen

wurde. Dafür äusserten die Teilnehmer den Wunsch, dass Gesundheitsfachleute diese Aspekte der Krankheit innerhalb ihres kulturellen Kontextes verstehen. Zusätzlich erwähnten die Teilnehmer Beispiele, wie das negative Selbstbild aufgrund von Diskriminierung, Rassismus, Unterdrückung und Armut aus ihrer Geschichte erhöht werde. Des Weiteren sagten sie, dass eine Hospitalisierung zu einer Hinterfragung ihres eigenen Wertes und Selbstwertgefühls sowie zur Isolation führte. Sie berichteten darüber, von der Hospitalisierung „überwältigt“ zu sein aufgrund ihrer Unfähigkeit, ihre Krankheit zu kontrollieren und ihre Lebenssituation zu managen. Darauf fühlten sie sich von der amerikanischen Gesellschaft ausgeschlossen und erlebten durch die Hospitalisierung ein Gefühl von Abkapselung. Auf die Frage, wie Pflegefachpersonen ihren Patienten helfen könnten, ihre kulturellen Bedürfnisse zu befriedigen, empfand die Mehrheit der Probanden eine ermutigende Haltung von Pflegenden sehr wichtig. Die Mehrheit der Teilnehmer äusserte mehrmals während den Interviews, eine spezielle Verbindung zur Pflegefachperson zu haben. Sie fühlten sich von der Pflegefachperson verstanden, ermutigt und unterstützt.

Der zweite Aspekt einer transkulturellen psychiatrischen Pflege, welche von den Probanden der Studie von Wilson (2010) genannt wurde, ist die Anwaltsfunktion „speaking up for me“. Die Teilnehmer sagten, besonders Pflegefachpersonen zu schätzen, welche sich für die kulturspezifischen sowie allgemeinen individuellen Bedürfnisse der Patienten einsetzen. Ausserdem äusserten Teilnehmer die Bereitschaft, auf Entscheidungskontrolle in Situationen, welche sie selbst nicht managen können, zu verzichten. Die Wahrnehmung der spirituellen Bedürfnissen wurde in der Studie von Wilson (2010) ebenfalls als wichtiger Aspekt für die transkulturelle psychiatrische Pflege identifiziert, spezifisch für das Selbstmanagement der Patienten bezüglich ihrer psychischen Erkrankung. Dabei äusserten die Teilnehmer die Wichtigkeit, dass Pflegefachpersonen ihre spirituelle Bedürfnisse nicht nur verstehen, sondern auch unterstützen; dies erfolge durch die Ermutigung, die Dienste religiöser Gemeinschaften/Kirchen zu nutzen oder Messen im Fernsehen zu schauen. Einige Teilnehmer äusserten, dass sie enttäuscht

waren vom Fehlen der Sensibilität seitens der Pflege in Bezug auf ihre spirituellen Bedürfnisse. Die Teilnehmer führten dies auf einen anderen Glauben oder auf eine ungleiche Stärke des Glauben zu.

Wilson (2010) befragte in seiner Studie die Teilnehmer, was die Rolle einer psychiatrischen Pflegefachperson sei. Die von allen Teilnehmern am häufigsten genannte Tätigkeit war die Medikamentenverteilung. Obwohl sie die Pflegeperson nicht als autoritäre Person wahrnehmen, welche (im Gegensatz zum ärztlichen Personal) wisse, was zur Besserung der Situation zu tun ist, äusserten die Teilnehmer, dass die Rolle der Pflege sehr wichtig sei für sie. Auf die Frage, wie die Pflegefachleute auf die anderen Aspekte der Pflege eingehen, welche ihre kulturellen Bedürfnisse betreffen, wurden Körperhygiene sowie die Ernährungsweise genannt.

4.2.2 Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachpersonen

In der Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) wurde von den Teilnehmern kulturelles Verständnis als wichtiger Faktor in der Dienstleistung von einer angebrachten und qualitativen Pflege genannt.

Narayanasamy (2003) befragte in ihrer Studie Pflegefachpersonen, ob und wie sie kulturell kompetente Pflege ausüben. Die Resultate liefern folgende Ergebnisse: 80% der Probanden äusserten die Erkenntnis, dass Patienten kulturelle Bedürfnisse haben. In der Studie von Wilson (2010) äusserten 93% der Befragten, dass sie transkulturell kompetente Psychiatriepflege leisten, 92% äusserten, die Wahrnehmung ihrer afroamerikanischen Klienten in Bezug auf ihre psychiatrische Krankheit zu verstehen. 33% der Teilnehmer in Narayanasamy's (2003) Studie glauben, dass diese Bedürfnisse ungenügend beachtet werden. 84% der befragten Pflegefachpersonen wünschen sich Weiterbildungen über transkulturelle Pflege. Im qualitativen Teil der Studie wurden die Teilnehmer gefragt, wie sie auf kulturelle Bedürfnisse konkret eingehen. 29 von 126 Teilnehmer haben auf diese Frage nicht geantwortet. Die meist genannten Interventionen bezogen sich auf religiöse Bedürfnisse (22%)

und ernährungsbezogene Bedürfnisse (21%). Dabei wurden Beispiele genannt wie das Bett nach Mekka zu richten, Zeiten und Orte für Gebete zur Verfügung zu stellen, sowie Fastenrituale zu beachten. 92% der Probanden der Studie von Wilson (2010) gaben an, dass sie die Wichtigkeit der Familie in Bezug auf die psychische Gesundheit erkennen und dadurch die Familien in die Pflegeentscheidungen miteinbezogen werden, auch wenn einige Familien psychiatrische Erkrankungen negativ wahrnehmen. In der Studie von Wilson (2010) definieren die Pflegefachpersonen die transkulturelle Kompetenz als sensible Pflege, welche die kulturellen Differenzen, Schwierigkeiten, die Herausforderungen und die Rolle der Familie sowie traditionelle Volksgebräuche beachtet. Sie nennen Selbstreflexion, um das Verständnis des Einflusses ihrer eigenen Werten als wichtige Faktoren der transkulturellen Pflege zu ermöglichen. Auch Adamson, Warfa und Bhui (2011) fragten ihre Teilnehmer nach einer Definition für transkulturell kompetente Psychiatriepflege. Dabei nannte die Mehrheit der Teilnehmer vorwiegend die Kenntnisnahme von kulturellen Unterschieden sowie die Fähigkeit, klinische Praxis den kulturellen Bedürfnissen der Klientel anzupassen und entsprechend zu verändern. Das Bewusstsein und die Erkenntnis eigener Vorurteile wurden von den Teilnehmern als Voraussetzung für eine Änderungsmöglichkeit gesehen. 28% der befragten Pflegefachpersonen gaben zur Antwort, dass sie nicht glauben, dass psychiatrische Pflege von Rassismus, Vorurteilen und Diskriminierung geprägt ist.

Mehrere Studien haben festgestellt, dass im Bereich der Kommunikation das Pflegepersonal hauptsächlich die sprachlichen Bedürfnisse erkennt. So nannten die Probanden in Narayanasamy's (2003) Studie hauptsächlich den Einsatz von Dolmetscher, um kommunikative Probleme zu lösen. Die Probanden in Cioffi (2003) nannten nebst dem Einsatz von Dolmetschern folgende Mittel, um sprachliche Hindernisse zu bewältigen: Die Kooperation mit bilingualen Gesundheitsfachleuten, Zeichnungen, Körper- und Zeichensprache, Übersetzung durch Familienmitglieder, sowie das Lernen des Basisvokabulars der Fremdsprache. Als besonders vorteilhafte Option wurde die Kooperation mit bilingualen Gesundheitsfachleuten identifiziert. Die Probanden beschreiben,

dass bilinguale Gesundheitsfachleute den Beziehungsaufbau zu kulturell diversen Patienten fördern, indem sie die spezifischen Bedürfnisse des Patienten identifizieren, somit eine individualisierte Pflege ermöglichen und zusätzlich in komplexen und emotionalen Situationen eine Vermittlerrolle übernehmen. Viele Probanden der Studie von Cioffi (2003) fragen in Situationen, in denen keine Dolmetscher zur Verfügung stehen, eine Arbeitskollegin, welche dieselbe Sprache beherrscht wie der Patient. Diese Strategie bringt jedoch Konsequenzen mit sich: Patienten „fixieren“ sich auf die Pflegefachperson, welche ihre Sprache spricht, warten oft bis zum Schichtwechsel, um ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Bilinguale und unilinguale Pflegefachfrauen äussern Bedenken bezüglich solcher Situationen und assoziieren damit Risiken der sich dadurch verzögernden Kommunikation.

Nebst den sprachlichen Aspekten sagen die Pflegefachpersonen in der Studie von Cioffi (2003), dass sie sich verschiedener kultureller Lebensstile bewusst sind, welche die Kommunikation beeinflussen können wie beispielsweise der Ausdruck von Schmerz. Zusätzlich zeigten sie eine empathische, respektvolle Haltung und zeigten sich bemüht, die soziale Ausgrenzung zu reduzieren und demzufolge auch eine soziale Isolation zu vermindern. Dabei versuchten sie, sich in die Lage der Patienten hineinzusetzen „Wie wäre es für mich, wenn ich in China im Spital wäre und ich nichts verstehen würde?“

4.3 Hindernisse in der transkulturellen psychiatrischen Pflege

Hindernisse in der transkulturellen psychiatrischen Pflege sowie Zugangsbarrieren zu psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen werden nachfolgend beschrieben.

4.3.1 Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen

In der Studie von Wilson (2010) denken 79% der Teilnehmer, dass Barrieren zum Zugang von psychiatrischen Gesundheitsversorgungen bestehen.

In der Studie von Gorman et al. (2003) erläutert die Mehrheit der Teilnehmer eine Inanspruchnahme von familiärer und sozialer Unterstützung bei psychischen Problemen. In der Studie von Gorman et al. (2003) nahmen nur 9 der insgesamt 123 Teilnehmer professionelle Hilfe in Form von Beratung und Therapie in Anspruch. Dafür wurden folgende Gründe genannt: Bedenken bezüglich sozialer Stigmatisierung durch die psychische Beeinträchtigung, das Fehlen von Bewusstsein eines vorhandenen Problems, welches professionelle Hilfe benötigt, sowie ein Wissensdefizit bezüglich der Existenz von diversen Dienstleistungen. Diejenigen Teilnehmer, die bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, nannten fehlendes Verständnis für kulturelle Probleme und einen Mangel an Fachleuten mit transkulturellem Fachwissen als Hindernis. In der Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) wird auch beschrieben, dass, obschon spirituelle Überzeugungen eine Quelle für Kraft und Weisheit sind, diese wiederum ein Hindernis darstellen können, professionelle psychiatrische Betreuung in Anspruch zu nehmen.

4.3.2 Stigmatisierung

In der Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) wird aufgezeigt, dass das kulturelle und soziale Stigma im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten und der Inanspruchnahme von Hilfe als grosse Barriere im Zugang zu psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen von Migrantinnen gilt. Die teilnehmenden Gesundheitsfachleute sehen bei Migrantinnen signifikante negative Gefühle gegenüber psychischen Krankheiten und der Einnahme von Medikamenten. Einige Teilnehmer erläuterten, dass die Migrantinnen den Versuch machen, ihre Krankheit zu verstecken und sich aufgrund der Angst vor gesellschaftlichen Gegenreaktionen sozial isolieren. Lawrence et al. (2006) bestätigen die Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Konsultation von Psychiatern und der Einnahme von Medikamenten.

4.3.3 *Misstrauen in westliche Behandlungskonzepte*

In der Studie von O'Mahony und Donnelly (2007) erwähnten die teilnehmenden Gesundheitsfachleute häufig, dass Migrantinnen die westliche Biomedizin missverstehen und dass ihnen psychiatrische Gesundheitsinstitutionen nicht vertraut oder bekannt sind. Einige Migrantinnen würden den Ansätzen der westlichen Formen von psychiatrischer Gesundheitsversorgung nicht vertrauen oder diese nicht verstehen. Viele Migrantinnen würden lieber ihre eigene traditionelle Medikation sowie alternative Methoden benutzen.

Laut Ghane, Kolk und Emmelkamp (2010) haben Patienten, welche von einem Interviewer befragt wurden, der aus derselben Ethnie stammte (match condition), häufig interpersonelle, religiöse/mystische Faktoren oder Schikane/Betrügerei (victimization) als Ursache ihrer Erkrankung genannt. Patienten, welche von einem niederländischen Interviewer befragt wurden, nannten vorwiegend eine medizinische Ursache. Laut den Ergebnissen wurden diese Effekte nicht durch das Verhältnis zum Interviewer oder soziale Unerwünschtheit seinerseits herbeigeführt, sondern vor allem im Zusammenhang mit dem stärker entgegengebrachtem Kulturverständnis bei einem Interviewer mit derselben Kultur.

In der Studie von Lawrence et al. (2006) haben die Teilnehmer aus allen ethnischen Gruppen die Medikation in der Behandlung einer Depression befürwortet, wobei die weissen Briten diese Aussage am meisten vertreten haben. Die grösste Angst vor der Medikation sei die Angst vor Abhängigkeit. Die Inanspruchnahme von Beratung wird nicht in allen ethnischen Gruppen gleich angesehen. Teilweise wurde darin ein grosser Vorteil gesehen. Vor allem Teilnehmer aus der afrokaribischen Kultur teilten diese Meinung. Die Teilnehmer aus der südasiatischen Kultur waren hingegen eher verwirrt über die exakte Rolle des Beraters. Eine Skepsis und Besorgnis bezüglich der Beratung war in dieser Kultur bemerkbar, da die Vorstellung besteht, persönliche Probleme mit „Fremden“ zu besprechen, unangemessen sei.

Zudem sagt die Studie von Lawrence et al. (2006), dass nur einer von zehn Teilnehmern die Hilfe eines Psychiaters im Falle einer Depression vorschlägt. Mit der Medikation zusammen wird die Hilfe eines Psychiaters als ernsthafte Situation und als eher negativ betrachtet.

4.3.4 Kommunikation

In der Studie von O'Mahony und Donnely (2007) wurde von den teilnehmenden Gesundheitsfachleuten gesagt, dass Missverständnisse zu einer Störung in der Kommunikation führen und negative Gefühle in der professionellen Beziehung begünstigen.

Einige Gesundheitsfachleute erläuterten, dass kommunikative Differenzen von Migrantinnen als diskriminierend empfunden werden, weil der Kommunikationsstil der Gesundheitsfachleute teilweise sehr konfrontierend und der Kommunikationsstil von Kultur zu Kultur verschieden sei. Laut Gorman et al. (2003) haben Ergebnisse gezeigt, dass die mangelnde Möglichkeit, die eigene Sprache sprechen zu können, sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Insgesamt werden Schwierigkeiten in der Kommunikation als Hauptursache für soziale Isolation empfunden. Soziale Isolation wurde in dieser Studie als stressvoll genannt, welche Depression und/oder Angst begünstige.

Laut Cioffi (2003) schätzen Pflegefachfrauen die Dienste von Dolmetschern insgesamt, jedoch werden dabei auch Grenzen gesehen: Die zur Verfügung stehenden Zeiten, das Einschätzen des angemessenen Masses an Information, der Umgang mit strengvertraulichen Daten sowie der Richtigkeit der Übersetzung. Beispielsweise hatten die Patienten nach Dolmetschergesprächen Angst, die Informationen würden an ihre Gemeinschaft weitergeleitet werden. Ausserdem sehen Pflegefachfrauen und Hebammen in der Studie von Cioffi (2003) besondere Schwierigkeiten, Zugang zu Dolmetscherdiensten an Wochenenden und in Nachtdiensten, da diese nicht erreichbar sind. Die Teilnehmer erachten es besonders bei unvorsehbaren

Situationen schwierig, da Dolmetscher nicht sofort zur Verfügung stehen und somit das Personal in einer Notfallsituation auf sich alleine gestellt ist. Situationen, in welchen Patienten Bekannte telefonisch zum Übersetzen beizogen, wurden von Pflegefachpersonen als unangenehm beschrieben, weil einerseits das Dreiergespräch über das Telefon als seltsam und schwerfällig empfunden wurde und zusätzlich das Beschaffen eines zur Verfügung stehenden Telefons schwierig war (Cioffi, 2003).

Ausserdem äusserten einige Pflegefachpersonen in der Studie von Cioffi (2003) eine negative Haltung gegenüber kulturell und sprachlich diversen Patienten aus folgenden Gründen: Einerseits verspürten sie Unverständnis, dafür dass der Patient nach jahrelanger Immigration über keine Englischkenntnisse verfügt. Zusätzlich empfinden sie die sprachliche Barriere als frustrierend für den Patienten sowie für sie als Fachpersonal, da diese Problematik eine Pflegequalität nicht garantieren könne. Insgesamt gaben die Teilnehmer an, dass durch den besseren Zugang zu Dolmetschern die Pflegequalität optimiert werden kann und dass Pflegefachpersonen diesbezüglich eine Verbesserung zur Kenntnis genommen haben.

4.4 Depression und türkische Kultur

In die Bachelorthesis wurden vier Studien im Zusammenhang mit der türkischen Kultur miteinbezogen, um ein kulturelles Beispiel aufzuzeigen. Zwei Studien wurden mit einheimischen Personen in der Türkei selbst und die anderen beiden Studien mit türkischen Migrantinnen in Deutschland oder Holland durchgeführt. Bei der Synthese der Ergebnisse ergeben sich folgende Kategorien.

4.4.1 Krankheitsverständnis

Die Studie von Ozmen, Ogel, Akter, Sagduyu, Tamar und Boratav (2004), welche in Istanbul durchgeführt wurde, zeigt auf, dass die Mehrheit der Probanden als häufigste Ursachen für eine Depression den psychosozialen

Stress und eine schwache Persönlichkeit betrachten. Diese Aussage wird von Ozmen, Ogel, Akter, Sagduyu, Tamar und Boratav (2005) bestätigt.

Dabei halten knapp die Hälfte der befragten Personen in der Studie von Ozmen et al. (2004) depressive Patienten für aggressiv. 25% der Studienteilnehmer gaben an, dass depressive Menschen nicht frei in der Gemeinschaft leben sollten. Die häufigste Aussage „Depression ist eine Krankheit“, war das wichtigste Element, das an soziale Distanzierung gekoppelt ist. Mit dem Begriff „Krankheit“ wird in dieser Studie Aggression, schwache Persönlichkeit sowie eine Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, assoziiert, was zur sozialen Distanzierung führt. Diese Aspekte können mit den Ergebnissen der Studie von Heredia Montesinos, Rapp, Temur-Erman, Heinz, Hegerl und Schouler-Ocak (2012) in Verbindung gebracht werden, welche eine signifikante Korrelation zwischen Stigma und Depression feststellten.

Betrachtet man die Vorstellungen zur Behandlung einer Depression in der türkischen Kultur, zeigen die Autoren Ozmen et al. (2005) auf, dass zwei Drittel der Teilnehmer an eine vollständige Genesung der Depression glauben. Die Mehrheit der Teilnehmer nennt die Lösung psychosozialer Probleme als wichtigen Aspekt, um eine Depression zu heilen. Nur 12% der Teilnehmer denken, dass „Hodjas“ (Magier, Glaubensheiler) eine Depression behandeln können. Dabei wird die Effizienz der Psychotherapie höher als jene der medikamentösen Behandlung eingeschätzt. Über die Hälfte der Teilnehmer denken, dass der Gebrauch von Medikamenten in der Behandlung der Depression zur Abhängigkeit und diversen Nebenwirkungen führt.

Der Ausbildungsgrad identifizierte sich in der Studie von Ozmen et al. (2005) als wichtigster demographischer Charakter, welcher die Haltung bezüglich der Behandlung von Depression beeinflusst. Die Teilnehmer mit einem tiefen Ausbildungsniveau glauben, dass depressive Personen keine vollständige Genesung erreichen können und dass „Hodjas“ die Depression behandeln können. Ausserdem gibt diese „Teilnehmergruppe“ der Lösung von sozialen Problemen mehr Wert als der Psychotherapie. Diejenigen Teilnehmer, bei

welchen Angehörige von Depression betroffen sind, denken, dass Veränderungen des Umfelds eine Genesung favorisiert und dass eine Depression durch Medikamente geheilt werden kann.

Die Teilnehmer mit höherem sozio-ökonomischen Statuts denken, dass die Depression medikamentös behandelt werden kann, die Medikation jedoch zur Abhängigkeit und unangenehmen Nebenwirkungen führen kann.

Ältere Teilnehmer gaben vorwiegend der Lösung sozialer Probleme Gewicht in der Behandlung einer Depression. Frauen vertraten oft die Meinung, eine medikamentöse Behandlung sei effizient. Die Hauptaussagen, welche einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber der Behandlung hatten, waren folgende (man kann somit von „2 Gruppen“ sprechen): „Depressive Personen sind aggressiv“ (25%), „Depression ist eine Krankheit“ (75%). Gruppe 1 glaubt, dass „Hodjas“ Depressionen behandeln können, dass Depression eine unheilbare Krankheit ist und dass Medikamente, welche abgegeben werden, zur Abhängigkeit führen. Gruppe 2 glaubt, dass Depression heilbar ist und sehen darin zwei wichtige Aspekte: Die Lösung von sozialen Problemen sowie die medikamentöse Behandlung.

4.4.2 Symptompräsentation

Die Ergebnisse der Studie von Borra (2011) zeigen, dass der Ausdruck des Leidens von den meisten Teilnehmern durch Ausdruck von physischen Beschwerden charakterisiert ist. Die meisten erläuterten Beschwerden waren: Kopfschmerzen (17), Nacken- und Schulterschmerzen (12), Druck auf der Brust (13), Bauchschmerzen (11), kribbelnde Sinneseindrücke an Armen und Beinen (12), Rückenschmerzen (14), Herzrasen (4). 10 der 20 Frauen haben über andere Krankheiten oder Symptomen berichtet und 18 bestätigten ein premenstruelles Syndrom. Um die Gefühle des Leidens auszudrücken, benutzten die Teilnehmerinnen folgende Begriffe: „sikinti“ und „bunalim“, welche synonym sind mit Gefühlen wie Anspannung, „bedrückt“, „eingezwängt sein“. Diese Begriffe beziehen sich sowohl auf somatische Empfindungen als auch

auf den emotionalen Zustand. Ein anderer Ausdruck war das Wort „karamsar“, was „schwarzes Gefühl“ bedeutet. Alle 20 Teilnehmerinnen äusserten Angstsymptome. 15 von den 20 Probandinnen berichteten über visuelle oder auditive Halluzinationen. Die meisten Teilnehmerinnen haben bestätigt, dass sie weder Selbstvertrauen noch Mut in ihrer Situation hatten. Die Frage, ob die Teilnehmerinnen eine Depression als Strafe ansehen, wurde missverstanden, da die türkischen Frauen das Wort Strafe mit kriminellen Verhalten in Verbindung brachten. Daraufhin wurde die Frage für die zweite Runde der Interviews ausgelassen. Alle 20 Frauen haben darüber berichtet, schnell agitiert und irritiert zu sein. 13 Frauen berichteten über den Verlust einer wichtigen Person. 13 Frauen berichteten über Erlebnisse von physischer Gewalt oder Misshandlung in ihren Familien. In der Studie von Heredia Montesinos et al. (2012) wird eine signifikante Korrelation zwischen Depression und somatischen Symptomen bei türkischen Migrantinnen bestätigt.

5. Diskussion

Zur übersichtlichen Darstellung werden die Ergebnisse wie im vorherigen Kapitel in die vier Hauptkategorien eingegliedert. Dabei werden die Ergebnisse interpretiert, diskutiert sowie deren Limitationen aufgezeigt. Dabei wird jeweils ein Bezug zum theoretischen Rahmen und der Problembeschreibung gemacht. Schlussendlich werden in diesem Kapitel Stärken und Schwächen der vorliegenden systematischen Literaturübersicht aufgezeigt.

5.1 Bedürfnisse

In den Studien von O'Mahony und Donnelly (2007), Gorman et al. (2003) und Wilson (2010) werden spirituelle Bedürfnisse deutlich hervorgehoben. Ein anderes Bedürfnis zeigen die Ergebnisse von O'Mahony und Donnelly (2007), Gorman et al. (2003), Lawrence et al. (2006) und Wilson (2010). Sie beschreiben, dass das Bedürfnis von kulturellem Verständnis seitens der Gesundheitsfachleute besteht. Die Akzeptanz gegenüber anderen Kulturen und die Einbettung von diversen genannten Wertsymbolen seitens von Gesundheitsfachleuten wirkt sich laut Ergebnissen positiv auf die professionelle Beziehung aus. Patienten sollen laut Narayanasamy (2003) als Individuen mit Bedürfnissen betrachtet werden, welche von kulturellem Glauben und Werten beeinflusst werden. Das Bedürfnis der Unterstützung durch Familie und Gesellschaft wird vorwiegend im Bezug zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit sowie als Präventionsfaktor für eine soziale Isolation in den Studien von Gorman et al. (2003) und Lawrence et al. (2003) erläutert. Gorman et al. (2003), Lawrence et al. (2003) und Wilson (2010) beschreiben in ihren Ergebnissen das Bedürfnis nach Selbsthilfe. Dabei werden in diesen Quellen gemeinsame Copingstrategien in Bezug auf die psychische Gesundheit genannt.

Gorman et al. (2003) und O'Mahony und Donnelly (2007) erläutern in den Ergebnissen das Bedürfnis nach Kommunikation. Die Migranten wünschen sich, ihre eigene Sprache sprechen zu können.

Gorman et al. (2003) betonen die Wichtigkeit in der Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen. Stellt man den Bezug zum theoretischen Rahmen her, dürfen Bedürfnisse laut verschiedener Literatur und Praxiserfahrung nicht verallgemeinert sowie kulturalisiert werden. Bedürfnisse dürfen somit nicht einer Kultur zugeschrieben werden und sie bleiben in jedem Fall subjektiv. Der Begriff der kulturspezifischen Bedürfnisse kann der Meinung der beiden Autorinnen nicht allgemein benutzt werden und es muss immer, zwar mit einem Bewusstsein für den kulturellen Hintergrund, auf den individuellen Bedarf des Patienten eingegangen werden. Die Bedürfnisse werden ausserdem durch den Migrationsprozess, den Grad an Akkulturation sowie den sozio-ökonomischen Status beeinflusst. Laut Sluzki (2001) zeichnet sich der Migrationsprozess durch bestimmte Abläufe aus und er kann typische Konfliktsituationen mit entsprechenden Symptomkomplexen auslösen.

5.2 Transkulturelles Kompetenzprofil einer psychiatrischen Pflegefachperson

Wilson (2010) hat in seiner Studie Patienten sowie Pflegefachpersonen aus dem psychiatrischen Setting befragt und das erforderliche Kompetenzprofil einer Pflegefachperson untersucht. Die befragten Patienten nennen drei Hauptaspekte: Eine ermutigende und beruhigende Haltung, eine Anwaltsfunktion und die Wahrnehmung von spirituellen Bedürfnissen.

Aufgrund dessen, dass nur in dieser Studie von Wilson (2010) 15 afroamerikanische Patienten zum erwünschten Kompetenzprofil von psychiatrischen Pflegefachpersonen befragt wurden, kann die Evidenz dieser Ergebnisse nicht garantiert werden somit nicht verallgemeinert werden. Aus Sicht der Autorinnen dieser Arbeit ist die Befragung der Patienten nach dem transkulturellen Kompetenzprofil einer psychiatrischen Pflegefachperson ausserdem sehr komplex und deshalb nur schwer zu beantworten. Diese Resultate müssen daher mit Vorsicht betrachtet werden.

In den vier Studien von O'Mahony und Donnelly (2013), Wilson (2010), Narayanasamy (2003) und Cioffi (2003) wurden Pflegefachpersonen oder andere Gesundheitsfachleute zum transkulturellen Kompetenzprofil befragt. Detaillierte Analysen ergaben, dass noch ein Mangel an spezifischen Kompetenzen besteht. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass die Gesundheitsfachleute sich insgesamt transkulturell kompetent fühlen. Die Studie von Narayanasamy (2003) erwähnt ausserdem in den Ergebnissen, dass die Befragten unter der transkulturellen Pflege vor allem die Beachtung von religiösen und ernährungsspezifischen Bedürfnissen verstehen. Bei den Resultaten von Cioffi (2003) muss beachtet werden, dass die Studie auf einer akutsomatischen Abteilung durchgeführt wurde und somit eine Limitation darstellt.

Wilson (2010) und Adamson et al. (2012) befragten Gesundheitsfachleute nach der Definition einer transkulturellen psychiatrischen Pflege. Die genannten Definitionen sind im Ergebniskapitel genau beschrieben. Sie decken sich mit vielen Aspekten der transkulturellen Kompetenz nach Domenig und dem ACCESS-Modell. So scheinen Aspekte der Selbstreflexion, des Hintergrundwissens bezüglich kultureller Aspekte sowie das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, einige Grundsätze der genannten Theorien abzudecken. Jedoch zeigen die Definitionen der befragten Probanden auch einen Mangel von wichtigen Begriffen aus der Theorie von Domenig und dem ACCESS-Modell nach Narayanasamy auf. So wird in den Aussagen der Probanden der verbalen und nonverbalen Kommunikation sowie unterschiedlichen Kommunikationsstilen in der transkulturellen Pflege kaum Bedeutung geschenkt.

Ein wichtiger Aspekt der transkulturell kompetenten Psychiatriepflege ist die Kommunikation. Erstaunlicherweise wurde in Bezug auf die Kommunikation in der Studie von Narayanasamy (2003) vorwiegend die sprachliche Komponente genannt, welche durch den Einsatz von Dolmetschern verbessert werden kann. Dafür gibt die Studie von Cioffi (2003) in den Ergebnissen bekannt, dass nebst dem Einsatz von Dolmetschern auch andere kommunikative Mittel von den

befragten Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Dabei zeigen sich die Probanden dieser Studie kreativ und flexibel. Wie diese Strategien konkret aussehen, wird im Kapitel der Ergebnisse näher beschrieben. Die Autorinnen befürworten insgesamt den Einsatz von Dolmetschern. Es muss jedoch beachtet werden, dass eine Drittperson die Natürlichkeit der professionellen Beziehung in der psychiatrischen Pflege hemmend beeinflussen kann. Spezifisch im psychiatrischen Setting, wo es vermehrt um Beziehungsaufbau geht und wo Krankheitsbilder mit Stigmata in Verbindung stehen, könnte der Einsatz von Dolmetscher eine Schwierigkeit darstellen. In den kommunikativen Mittel beschreiben die Probanden der Studie von Cioffi (2003) ihre Bemühung, eine empathische, respektvolle Haltung einzunehmen, um die soziale Ausgrenzung zu reduzieren.

Das Access-Modell nach Narayanasamy (2003) zeigt die Komplexität der transkulturellen Pflege auf. Damit pflegerische Interventionen wirksam sein können, müssen Pflegefachleute laut Narayanasamy (2003) in Bezug auf die Bedürfnisse ihrer Patienten, kulturelle Sensibilität beweisen sowie den Kommunikationsstil anpassen können. Laut diesem Modell ist die Achtsamkeit auf die Kommunikation sehr wichtig. Eine therapeutische Beziehung soll gefördert werden, indem authentischer Respekt für den kulturellen Glauben und für die Werte des Patienten gezeigt wird. Diese Aussagen decken sich mit der Definition der narrativen Empathie nach Domenig, was schlussendlich zu einem besseren Verständnis des Erklärungsmodells eines Patienten führt.

In der Studie von Narayanasamy (2003) wünschten sich die Mehrheit der Probanden Weiterbildungen zur transkulturellen Pflege. Dieser Aspekt liegt nicht in der Macht einzelner Pflegefachpersonen, sondern zeigt ebenso die Wichtigkeit in der Sensibilisierung auf der Makro- und Mesoebene innerhalb der Institutionen. Dies wird näher im Schlussfolgerungskapitel beschrieben.

5.3 Hindernisse in der transkulturellen psychiatrischen Pflege

In den integrierten Studien dieser systematischen Literaturübersicht kristallisierten sich drei Barrieren in der transkulturellen Pflege sowie im Zugang zu psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen heraus. Einerseits wird in den Studien von O'Mahony und Donnelly (2010) und Gorman et al. (2003) gezeigt, dass Migranten die Hilfe von professionellen psychiatrischen Dienstleistungen weniger beanspruchen, dafür aber familiäre, soziale sowie spirituelle Unterstützung bevorzugen. Im Problembeschrieb bestätigen die Ergebnisse von Lay et al. (2006), dass Migranten mit psychischen Krankheiten psychiatrische Gesundheitsinstitutionen in der Schweiz weniger in Anspruch nehmen.

In den Studien von O'Mahony und Donnelly (2007) und Lawrence et al. (2006) wurden psychische Krankheiten stark mit Stigmata assoziiert. Es ist allgemein bekannt, dass psychische Krankheiten auch in der westlichen Gesellschaft mit Stigmata verbunden sind. Deshalb ist es wichtig, nach dem Ansatz von Kleinman die Bedeutung der Erkrankung zu erfragen, um die konkrete Bedeutung Stigmata im Alltag des einzelnen Patienten zu erfassen. Da es sich bei der Depression um eine psychische Krankheit handelt, muss vermehrt auf Stigmata geachtet werden. Aufgrund dieser Ergebnisse stellen die Autorinnen die Hypothese auf, dass aufgrund einer Migration, welche teilweise politisch sowie gesellschaftlich negativ behaftet ist, eine psychische Krankheit noch vermehrt stigmatisiert werden könnte.

In den Studien von O'Mahony und Donnelly, Ghane et al. (2010), Lawrence et al. (2006) und Cioffi (2003) wird generell das Missvertrauen in westliche Behandlungskonzepte erläutert. Dies zeigt den Autorinnen die Herausforderung, dass der Patient einerseits mit neuen Behandlungskonzepten seines Gastlandes konfrontiert wird und andererseits bekannte, traditionelle Therapieformen hinter sich lassen muss. Deshalb ist es wiederum wichtig, die Perspektive von „Illness“ und „Disease“ des Patienten nach Kleinman zu kennen, da diese den Umgang mit der Krankheit beeinflusst.

Die Kommunikation wird in den Ergebnissen der Studien von O'Mahony & Donnelly (2007), Gorman et al. (2003) und Cioffi (2003) als weiteres Hindernis näher beschrieben. Sie legen dar, dass aufgrund unterschiedlicher Kommunikationsstile, Missverständnissen und die begrenzte Erreichbarkeit von Dolmetschern die Kommunikation und somit die professionelle Beziehung beeinträchtigt werden kann. Die Kommunikation, welche gerade in der Psychiatrie ein sehr wichtiges Werkzeug der Pflege ist, wurde in den hier aufgeführten Studien nach Meinung der Autorinnen zu wenig thematisiert und bedarf weiterhin der Forschung. Dafür liefern die bereits erwähnten Theorien von Kleinman, Domenig und Narayanasamy ergänzende Antworten.

5.4 Depression und türkische Kultur

In der Studie von Ozmen et al. (2004) wurde unter anderem das Krankheitsverständnis der Depression in der städtischen türkischen Bevölkerung untersucht. Dabei beachten die Autorinnen kritisch, dass es sich bei der Stichprobe nur um Probanden handelt, welche in einer städtischen Region (Istanbul) leben. Einwohner aus der ländlichen Region wurden nicht befragt. Es könnte davon ausgegangen werden, dass es Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Vorstellungen gibt und ländliche Bewohner eher noch „Hodjas“ (Magier) konsultieren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass die Mehrheit der Probanden die häufigste Ursache einer Depression im psychosozialen Stress und in einer schwachen Persönlichkeit sieht. Ozmen et al. (2004) verglichen ihre Resultate mit anderen Ländern und konnten feststellen, dass trotz hoher Prävalenz, die Depression in der Türkei erheblich stärker stigmatisiert wird im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und Nordamerika. Dabei beachten die Autorinnen kritisch, dass es schwierig ist, den Grad von Stigmatisierung zu messen und zu vergleichen, da dieser von verschiedenen Faktoren abhängt und nicht zwingend konstant bleibt.

Die Studien von Heredia Montesinos et al. (2012) und Ozmen et al. (2004) haben gezeigt, dass eine signifikante Korrelation zwischen Stigma und

Depression besteht. Dies kann wiederum mit den Studien von O'Mahony und Donnelly (2007) und Lawrence et al. (2006) in Verbindung gebracht werden.

Betrachtet man die Vorstellungen zur Behandlung der Depression in der türkischen Kultur, gibt die Studie von Ozmen et al. (2005) Auskunft darüber, dass zwei Drittel der Befragten an eine vollständige Genesung der Depression glauben. Die Mehrheit sieht als wichtigen Faktor der Behandlung die Lösung psychosozialer Probleme. Psychotherapie wird gegenüber medikamentösen Behandlungen deutlich bevorzugt, vorwiegend aus Angst vor Abhängigkeit und diversen Nebenwirkungen der Medikamente.

Nur eine Minderheit der Teilnehmer denkt, dass „Hodjas“ (Magier) heilen können. Dabei identifizierte sich der Ausbildungsgrad als wichtigster demographische Charakter, welcher die Haltung bezüglich der Behandlung von Depression beeinflusst. Auch diese Resultate können nicht verallgemeinert werden. Jeder Patient hat seine individuellen Erklärungsmodelle für die Depression. Die genannten Studien geben jedoch einen Einblick, wie die einheimische türkische Bevölkerung Istanbuls über die Depression und ihre Behandlung denkt. Die Autorinnen denken, dass es wichtig ist, über die Existenz von traditionellen Behandlungsformen wie beispielsweise den „Hodjas“ Bescheid zu wissen, um Erklärungsmodelle von einzelnen Patienten besser verstehen zu können. Somit kann als Hilfestellung das transkulturelle Pflegeassessment nach Domenig (2007) und der Fragenkatalog nach Kleinman (n.d.) betrachtet werden, um das individuelle Krankheitsverständnis zu eruieren.

Die Kenntnisse von kulturellen Aspekten sowie das Verständnis für die Sicht des Patienten, wird im ACCESS-Modell als wichtiger Aspekt in der transkulturellen Pflege genannt.

Aus der Sicht der Autorinnen wäre es interessant, zu untersuchen wie und ob türkische Probanden einen Zusammenhang zwischen einer Migration und der Depression machen. Durch eine Migration kann das Erklärungsmodell durch Akkulturation und andere Faktoren beeinflusst werden.

Die Symptompräsentation der Depression wird in den Ergebnissen der Studie von Borra (2011) und Heredia Montesinos et al. (2012) aufgezeigt. Dabei wird eine Korrelation zwischen Depression und somatischen Symptomen bestätigt. Sie zeigen den wichtigen Einfluss von physischen Beschwerden in der Symptompräsentation einer Depression. Bei der Literaturrecherche der beiden Autorinnen wurden viele Studien gefunden, welche die Thematik von Psychosomatik bei depressiven Migranten, häufig aber türkische Patienten, untersuchten. Dieses Phänomen der Somatisierung ist sehr komplex und bleibt wichtiger Gegenstand für die Forschung. Auch hier kann der Bezug zum Ansatz von Kleinman hergestellt werden, um den Ausdruck der Krankheit besser zu verstehen. Die Autorinnen sehen in diesem Phänomen die Gefahr einer Stereotypisierung und Stigmatisierung seitens Gesundheitsfachleuten und der Gesellschaft.

5.5 Qualität der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird die Qualität der Ergebnisse der miteinbezogenen Studien dieser Literaturübersicht kritisch beurteilt sowie deren Limitationen aufgezeigt. Allgemein kann gesagt werden, dass die Studien schwer vergleichbar sind, da es einige Unterschiede in der jeweiligen Methodik gibt. Die Studien wurden in sieben verschiedenen Ländern durchgeführt, welche über unterschiedliche Gesundheitssysteme verfügen, wobei ihre Migranten zusätzlich aus verschiedenen Kulturen stammen. Dies sind wichtige Faktoren, welche die Qualität der Ergebnisse beeinflussen.

Orientiert man sich an der klassischen Evidenzhierarchie (Mayer, 2011), so können die Studiendesigns der integrierten Artikel nicht hoch eingestuft werden und somit nicht verallgemeinert werden. Aufgrund dessen, dass in der Literaturübersicht vermehrt qualitative Studien und Korrelationsstudien miteinbezogen wurden, welche zwar wichtige Informationen über das Erleben und die Bedürfnisse liefern sowie die Beziehungen zu Variablen untersuchen, reichen diese nicht aus, um eine evidenzgesicherte Richtlinie zu erstellen.

Im aktuellen Zeitpunkt fehlen zu dieser Thematik ausreichend Studien, die einer hohen Stufe der Evidenzhierarchie entsprechen. Alle integrierten Studien, ausser die von Ozmen et al. (2004) und Ozmen et al. (2005), sind in ihrer Stichprobengrösse begrenzt, was die Validität der Ergebnisse beeinflusst.

Die Limitationen der einzelnen Studien können im Anhang L und die kritische Beurteilung in den Anhängen G, I und K konsultiert werden.

5.6 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Studien, welche miteinbezogen wurden, sind nicht älter als zehn Jahre und sprechen somit für die Aktualität der vorliegenden Arbeit. Eine weitere Stärke dieser Arbeit zeigt, dass mittels der Literaturübersicht, die bereits existierenden Modelle von Domenig, Narayanasamy und Kleinmann in ihren Aussagen bestätigt wurden.

Die Autorinnen haben mit einer erweiterten Fragestellung sowie einer konkreten Zielsetzung versucht, dieses breite Forschungsfeld möglichst umfassend zu untersuchen. Bei der Literaturrecherche fiel auf, dass eine bedeutende Anzahl an Autoren den aktuellen Forschungsstand dieser Problematik bemängelt und die Wichtigkeit weiterer Investigationen befürwortet. Zusätzlich ist den Autorinnen aufgefallen, dass immer wieder dieselben Referenzen in der integrierten Literatur genannt wurden. Dies spricht für eine umfassende Suchstrategie und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die wichtigsten Studien mit der Literatur übereinstimmen.

Die Arbeit weist auch einige Schwächen auf. Beispielsweise mussten die Autorinnen aufgrund mangelnder Studien im psychiatrischen Kontext eine Studie aus dem akut-somatischen Kontext miteinbeziehen. Es konnten leider nicht konkret aussagekräftige und evidenzgesicherte Studien miteinbezogen werden. Dies zeigt eine grosse Forschungslücke im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie. Die Autorinnen denken hier an den Grund, dass dieser Themenbereich (zu) abstrakt und kaum messbar ist sowie von diversen

anderen Faktoren abhängt. Ausserdem beschreiben die Ergebnisse der integrierten Studien das Bestehen der Problematik transkultureller psychiatrischer Pflege und ihrer Herausforderungen, liefern jedoch wenige Informationen für die konkrete und effiziente Umsetzung der transkulturellen Kompetenz. Es wurden vorwiegend diagnostische Aspekte in der Forschung untersucht. Allgemein bestätigen die Ergebnisse, dass die Thematik einerseits sehr abstrakt ist und andererseits die Forschung zu diesem Thema noch in den Kinderschuhen steckt.

6. Schlussfolgerung

6.1 Erläuterung zur Zielerreichung

Die Ergebnisse liefern wichtige Informationen zur transkulturellen Pflege von depressiven Migranten und erreichen somit das Hauptziel der Autorinnen, den aktuellen Forschungsstand mittels systematischer Literaturübersicht zusammenzutragen. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Ziele aus dem Einleitungskapitel erreicht wurden. Betrachtet man das Subziel 1, welches sich mit dem transkulturellen Kompetenzprofil einer Pflegefachperson befasst, können die Ergebnisse zwar Hilfestellungen liefern, doch fehlen konkrete Antworten bis zum heutigen Zeitpunkt. Der Fokus der Depression wurde von den Autorinnen beachtet und in die Suchstrategie miteinbezogen. Aufgrund des Mangels an Anzahl von Studien mussten teilweise auch Studien miteinbezogen werden, welche generell die psychische Gesundheit von Migranten behandeln. Das dritte Ziel, welches die Erfassung von hindernden Faktoren in der transkulturellen Pflege anstrebte, wurde vollkommen erreicht. Die Ergebnisse der Studien zeigen verschiedene Hindernisse sowie Barrieren in der Pflege von depressiven Migranten auf und liefern dazu wichtige Informationen für Gesundheitsfachleute. Im Kapitel der Ergebnisse wurden die Bedürfnisse und ihre Komplexität sowie Individualität erläutert und somit das vierte Subziel erreicht. Mittels eines konkreten Beispiels aus der türkischen Kultur konnten kulturspezifische Vorstellungen sowie das Krankheitsverständnis besser verstanden und illustriert werden.

6.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung „Wie können Pflegende im psychiatrischen stationären Setting auf kulturspezifische Bedürfnisse von Migranten mit einer Depression eingehen?“ konnte teilweise evidenzbasiert beantwortet werden. Demzufolge bieten die Ergebnisse bezüglich der Wahrnehmung von kulturspezifischen und individuellen Bedürfnissen, der Kenntnisnahme von Hindernissen in der transkulturellen Pflege sowie der Beschreibung des benötigten transkulturellen

Kompetenzprofils eine Antwort auf die Fragestellung. Im folgenden Kapitel wird näher erläutert, was dies konkret für die Pflegepraxis bedeutet, zusätzlich werden Empfehlungen der Autorinnen abgegeben.

6.3 Bedeutung und Empfehlung für die Pflegepraxis

Pflegende können im psychiatrischen Setting auf kulturspezifische Bedürfnisse von depressiven Migranten eingehen, indem sie wahrnehmen, dass jeder Patient individuelle Bedürfnisse hat, welche nicht zwingend an eine bestimmte Kultur gekoppelt sind. Auch wenn die Bedürfnisse von Patienten individuell sind, so müssen Pflegefachpersonen über ein migrationsspezifisches Hintergrundwissen verfügen. Dazu gehören die Wahrnehmung von spirituellen Bedürfnissen, das Entgegenbringen von Kulturverständnis sowie die Fähigkeit, Kommunikationsmittel anzupassen. Ob der einzelne Patient schlussendlich dieses Bedürfnis hat oder nicht, muss bei der Pflegeanamnese evaluiert werden. Rein durch ein authentisches Interesse und Respekt gegenüber der Kultur und den Bedürfnissen des Patienten seitens der Pflegefachperson, kann eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung gefördert werden, welche im Zentrum der psychiatrischen Pflege steht.

Transkulturelle Kompetenz kann von jeder Pflegefachperson geübt und gefördert werden. Dabei ist es wichtig, sich mit der eigenen transkulturellen Kompetenz auseinanderzusetzen und sie anhand von gelieferten Theorien und Modellen von Domenig, Kleinman und Narayanasamy zu hinterfragen. Diese genannten Modelle liefern einen qualitativen Leitfaden in der transkulturellen Pflege bei der Wahrnehmung von kulturspezifischen Bedürfnissen depressiver Migranten. Pflegende müssen sich bewusst sein, dass es verschiedene Hindernisse gibt, welche die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und die transkulturelle Pflege beeinträchtigen können. Pflegende allein können ihre Vorurteile und eigene Werte eruieren und hinterfragen. Mit einer offenen, empathischen Haltung und einer regelmässigen Selbstreflexion wird eine kompetente transkulturelle Pflege gefördert. Da es sich bei den Begriffen der Kultur und der Migration um sehr abstrakte

Begrifflichkeiten handelt, ist es wichtig, dass man sich als Pflegende selbst bewusst ist, was diese Begriffe für sich und den Patienten bedeuten. Es kann nicht von Pflegefachpersonen erwartet werden, dass sie Experten aller Kulturen werden; dies ist jedoch für eine transkulturelle Pflege nicht erforderlich. Die Autorinnen empfehlen, als Leitfaden für eine transkulturell kompetente Pflege, sich auf alle drei Theorien von Domenig, Kleinman und Narayanasamy zu stützen, welche mit den vorliegenden Ergebnissen übereinstimmen.

Zusätzlich braucht es von der Makro- und Mesoebene genügend Ressourcen, damit Pflegende im psychiatrischen Setting auf die Bedürfnisse von Migranten eingehen können.

6.4 Bezug zum Schweizerischen Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik

Die Forschungsfrage dieser Arbeit bezog sich auf die Mikroebene, da sie sich vor allem an Pflegende und ihre Pflegepraxis gerichtet hat. Interventionen auf Makro- und Mesoebenen erweisen sich als unerlässlich für die Gewährleistung von Chancengleichheit im schweizerischen Gesundheitssystem. Es muss Öffentlichkeitsarbeit für Migranten geleistet werden, in Form von Aufklärungsarbeit über das Bestehen von Gesundheitsinstitutionen und ihren Dienstleistungen, sowie genügend Informationsquellen geliefert werden. Nebst der Öffentlichkeitsarbeit müssen Akteure im Gesundheitswesen der Klientel mit Migrationshintergrund Informationsabgabe über das Schweizerische Gesundheitssystem gewährleisten. Den Einrichtungen des Gesundheitswesens sollte durch finanzielle Unterstützung seitens des Bundes ermöglicht werden, den Gesundheitsfachleuten geeignete Weiterbildungen für einen professionellen Umgang mit Menschen aus fremden Kulturen anzubieten.

6.5 Empfehlung für zukünftige Forschungsarbeiten

Obwohl die Forschung erst in ihren Kinderschuhen steckt, nehmen Indikationen zu, dass kulturelle Kompetenz den Kernaspekt der psychiatrischen Pflege von

Immigranten verbessern kann. Ein Kritikpunkt der kulturellen Kompetenz ist seine Abstraktheit und Globalität, was dazu führt, dass keine spezifischen Interventionen abgeleitet werden können. Dies erklärt, weshalb der Forschungsstand bezüglich solchen Interventionen limitiert ist. Die Kapazität, wirksam zu kommunizieren und somit eine positive therapeutische Beziehung aufzubauen, ist jedoch essentiell für die Deckung der Chancengleichheit in psychiatrischen Gesundheitsinstitutionen (Quershi, Collazos, Ramos & Casas, 2008).

Dass in der transkulturellen Psychiatrie eine Forschungslücke besteht, zeigt verschiedenste Literatur. Den Autorinnen ist dabei bewusst, dass dieses Defizit aufgrund der abstrakten und komplexen Thematik nicht einfach zu beheben ist. Die Autorinnen wünschen sich, in zukünftigen Forschungsarbeiten vermehrt evidenzbasierte konkrete Massnahmen zur transkulturellen Pflege anzutreffen.

7. Literaturverzeichnis

- Adamson, J., Warfa, N., & Bhui, K. (2011). A case study of organisational cultural competence in mental healthcare. *BMC BioMed Central*. (11), 218-226.
- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Rapp, M.A. & Heinz, A. (2008). Transkulturelle Aspekte der Depression. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz* 2008, (51), 436-442.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Bern: Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence- based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*, (109), 243-258.
- Borra, R. (2011). Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: A qualitative study of idioms of distress. *Transcultural Psychiatry*, (48), 660-674.
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, (40), 299- 306.
- De Wit, M., Wilco, C. , Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.J., Gorissen, W., Schrier, A.C., Penninx, B., Komproe, I. & Verhoeff, A.P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups- A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, (43), 905-912.
- Domenig, D. (Hrsg.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. akt. Aufl). Bern: Hans Huber.
- Ghane, S., Kolk, A.M. & Emmelkamp, P.M. (2010). Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics. *Soc Psychiat Epidemiol*, (45), 175- 182.

- Gorman, D., Brough, M. & Ramirez, E. (2003). How young people from culturally and linguistically diverse backgrounds experience mental health: Some insights for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, (12), 194-202.
- Hax-Schoppenhorst, T. & Jünger, S. (2010). *Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund*. W. Kohlhammer.
- Heredia Montesinos, A., Rapp, MA., Temur-Erman, S., Heinz, A., Hegerl, U., Schouler-Ocak M. (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress and somatization among female Turkish migrants. *European Psychiatry*, (27), 22-26.
- Kayser, A. (2010) Transkulturelle Kompetenz in der Psychiatrie. *Krankenpflege*, (10), 16-17.
- Kennedy, M.G. (1999). Cultural competence and Psychiatric- Mental Health Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, (10), 11.
- Küchenhoff, B. (2011). Transkulturelle Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, (7), 265.
- Lawrence, V., Banerjee, S., Bhugra, D., Sangha, K., Turner, S. & Murray, J. (2006). Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine*, (36), 1375-1383.
- Lay, B., Lauber, C., Nordt, C. & Rössler, W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. A case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (41), 199-207.
- Lay, B., Nord, C. & Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, (42), 229-236.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. akt. Aufl). München: Urban & Fischer.
- Long, A. (2005). *Evaluative Tool for Mixed Method Studies*. School of Healthcare, University of Leeds.
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden*. (3. akt. Aufl). Wien: Facultas.

- Narayanasamy, A. & White, E. (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today*, (25), 102- 111.
- Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*, (12), 185- 194.
- Nardi, D, Waite, R., Killian, P. (2012). Establishing Standards for Culturally Competent Mental Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, (50), 3-5.
- O'Mahony, J.M. & Donnelly, T.T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues in Mental Health Nursing*, (28), 453-471.
- Ozmen, E., Ogel, K., Akter, T., Sagduyu, A., Tamar, D. & Boratav, C. (2004). Public attitudes to depression in urban Turkey. The influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (39), 1010-1016.
- Ozmen, E., Ogel, K., Akter, T., Sagduyu, A., Tamar, D. & Boratav, C. (2005). Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Soc Psychiatr Epidemiol.* (40), 869-876.
- Penka, S., Schouler-Oulak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/ psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz* 2012, (55), 1168-1175.
- Quershi, A., Collazos, F., Ramos, M. & Casas, M. (2008). *Cultural competency training in psychiatry* 2008, (23), 49-58.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M.C., Herdia Montesinos, A., Bromand, Z., Rapp, M.A. & Heinz, A. (2010). Neue Ansätze zur Erkennung und Differenzierung von Depression bei Migranten- Fallbeispiel einer Patientin mit türkischem Migrationshintergrund. *Nervenarzt*, (81), 873-878.
- Schouler-Ocak, M., Haasen, C. & Heinz, A. (2008). Migration and transcultural psychiatry in Europe. *European Psychiatry*, (23), 1-3.

Schweizerische Eidgenossenschaft. (Hrsg.). (2007). *Strategie Migration und Gesundheit Phase II 2008-2013*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Schweizerische Eidgenossenschaft. (Hrsg.). (2007). *Wie gesund sind Migrationen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des "Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung"*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Sluzki, C. E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann. (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie*, (S. 101 – 115). Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

Wilson, D.W. (2010). Culturally competent psychiatric nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (17), 715-724.

E-mail

Hug, S. *Transkulturelle Psychiatrie*. (2012, 21. März). [E-mail an Flurina Casanova], [online].Flurina.Casanova@edu.hefr.ch

Websites

Schweizerische Eidgenossenschaft. (Hrsg.). (2013). *Migration und Integration-Indikatoren*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html> Neuenburg: Bundesamt für Statistik Bfs [Zugriff am 5. Juni 2013].

The University of Nottingham. (2013). *Aru Narayanasamy*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.nottingham.ac.uk/nmp/People/aru.narayanasamy> [Zugriff am 5. Juni 2013].

World Health Organisation. (2013). *Depression*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> [Zugriff am 2. Juni 2013].

Unveröffentlichte Dokumente

Holzer, R. (2010). *Refresher Depression. Diagnose der Depression nach ICD-10*. Unterrichtsunterlagen Modul 5. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.

- Nigl-Heim, U. (2011a). *Kultur – Differenz – Lebenszyklus*. Unterrichtsunterlagen Modul 9. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Nigl-Heim, U. (2011b). *Kulturkonzepte, Identität und Migration*. Unterrichtsunterlagen Modul 9. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Nigl-Heim, U. (2011c). *Kultur und Differenz. Stadien des Migrationsprozesses von Carlos E. Sluzki*. Unterrichtsunterlagen Modul 9. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Nigl-Heim, U. (2011d). *Migration und Gesundheit*. Unterrichtsunterlagen Modul 9. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Nigl-Heim, U. (2011e). *Erklärungsmodell nach Kleinmann*. Unterrichtsunterlagen Modul 9. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.
- Schorro, E. (2012). *Systematische Literaturübersicht als Bachelorarbeit*. Unterrichtsunterlagen Modul 16.1. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.

8. Anhang

A) Phasen des Migrationsprozesses nach Slutzki

In der Vorbereitungsphase laut Slutzki (2001) werden von den einzelnen Familienmitgliedern erste Schritte getan, um sich mit der Auswanderung zu beschäftigen. Der Migrationsakt kann je nach Ablauf und Stil sehr unterschiedlich sein. Einige Migranten sehen die Migration als etwas Endgültiges und andere sind davon überzeugt, dass sie sich nur für eine bestimmte Zeit im Aufnahmeland befinden und dann wieder in ihr Heimatland zurückkehren werden. Weiter hängt der Migrationsakt davon ab, ob es sich um eine legale oder illegale Migration handelt.

In der Phase der Überkompensierung wird eine besonders starke Anpassungsfähigkeit beobachtet. In der Anfangszeit unmittelbar nach der Migration steht das Überleben und somit die Erfüllung der Basisbedürfnisse im Vordergrund. Wenn es in dieser Phase zu grossen Belastungen kommt, die Copingstrategien der Person und seiner Familie nicht optimal entwickelt sind, können Krisen daraus resultieren, welche sich durch eine familiäre Desorganisation und/oder das Entstehen von psychiatrischen Symptomen charakterisieren können.

In der Phase der Dekompensation wird laut Slutzki (2001) versucht, eine neue Realität zu gestalten und das Familienzusammenleben mit einer Anpassungsfähigkeit ans Gastland weiterzuentwickeln. Diese Prozesse können zu schweren Krisen oder Konflikten führen, die eine somatische oder psychiatrische Symptomatik aufzeigen. Konflikte in dieser Phase können beispielsweise das Trauern von Verlusten, die Suche nach einer Arbeit, eine blockierte Kommunikation oder das Abschiednehmen von alten Normen und Werten sein. Die Mehrzahl der Migranten, die beratende oder therapeutische Hilfe brauchen, befinden sich in dieser Phase. Die letzte Phase des Migrationsprozesses wird „Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse“ genannt. Hier spielt die neue Generation eine Rolle, die

im Aufnahmeland aufwächst. Es wird beschrieben, dass sich die Kinder der neuen Generation mit der Gesellschaft in Beziehung bringen.

Konflikte der übergreifenden Generationen können dann auftreten, wenn Werte, Normen und Haltungen nicht übereinstimmen.

B) ICD- Kriterien für eine depressive Episode

ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode:

- *Mindestens 2 (für eine schwere Depression 3) der folgenden Symptome liegen vor:*
 1. depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens 2 Wochen anhaltend;
 2. Interessen- oder Freudenverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
- *Eines oder mehr der folgenden Symptome zusätzlich, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 - 8 beträgt (siehe unten):*
 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles;
 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
 3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten;
 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
 6. Schlafstörungen jeder Art;
 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Abstufung der Depression in Schweregrade:

- **Leichte Depression:**
2 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 4
- **Mittelgradige Depression:**
2 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 6
- **Schwere Depression:**
3 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 8

C) Fragenkatalog Kleinman

Pflege von ausländischen Patientinnen und Patienten

Kernfunktionen eines Medizinsystems

1. Kulturelle Konstruktion als psychosoziale Erfahrung. (*illness und disease*)
2. Aufstellen von Kriterien zur Initiierung und Bewertung von Behandlung.
3. Umgang mit der Krankheit durch Kommunikation. (*Erklärungsmodelle*)
4. Heilungsaktivitäten ganz allgemein
5. Zurechtkommen mit therapeutischen Resultaten (*Heilung, Misserfolg, Chronifizierung, Tod etc*)

Nach Arthur Kleinman

Das Erklärungsmodell

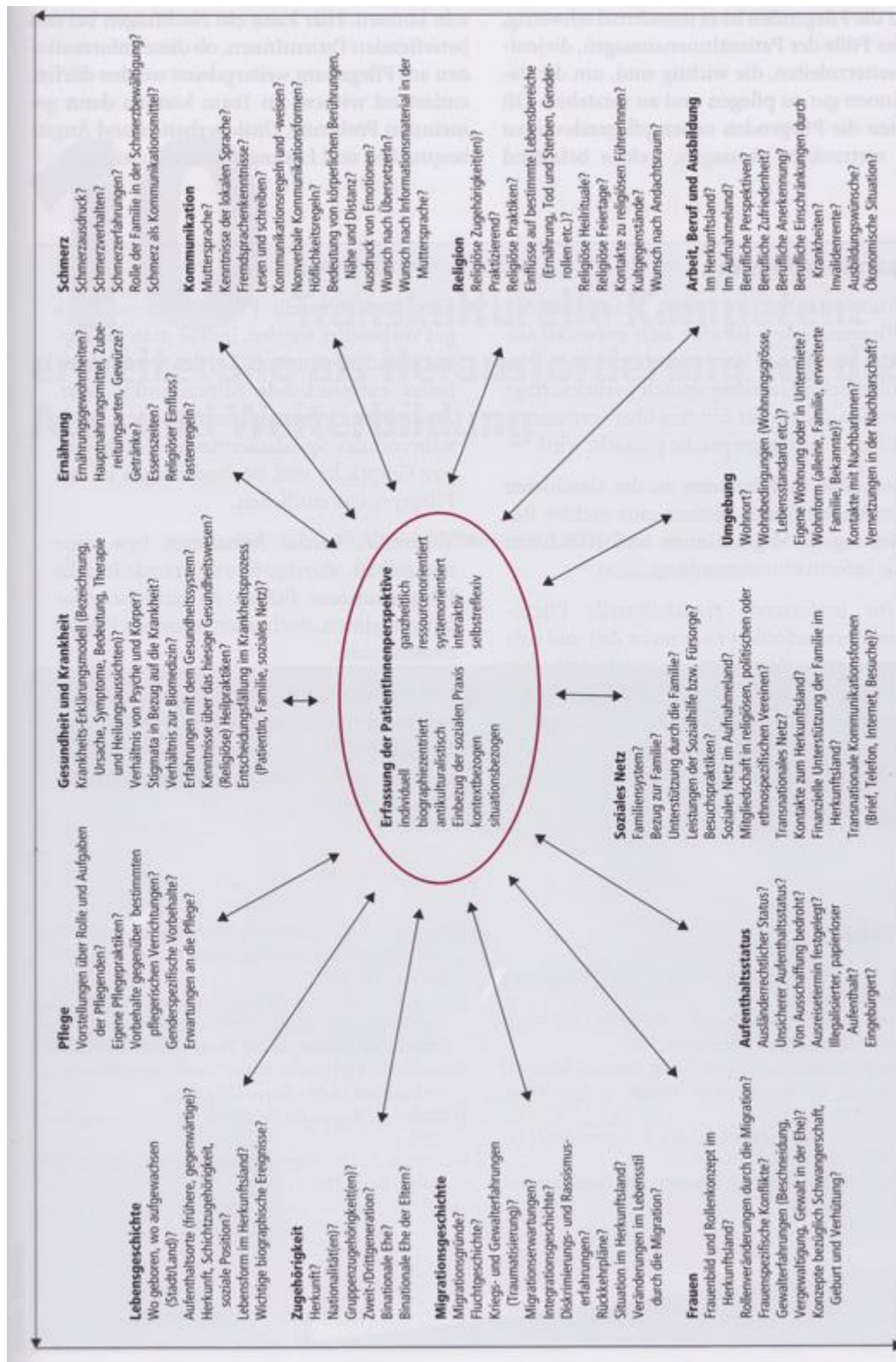
1. Ätiologie
2. Vorstellungen über Krankheitsvorgänge und Funktionsstörungen im Körper
3. Wahrnehmung und Interpretation des Verlaufs
4. Vorstellungen und Erwartungen der Behandlung

Fragekatalog zur Erfassung des Erklärungsmodells

-
- Wie bezeichnen Sie ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
 - Was denken Sie ist die Ursache Ihres Problems?
 - Warum begann es zu dem Zeitpunkt als es begann?
 - Was macht die Krankheit mit Ihnen? Wie funktioniert sie?
 - Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf haben?
 - Was befürchten Sie am meisten bei Ihrer Krankheit?
 - Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit beschert hat?
 - Welche Art der Behandlung sollten Sie erhalten? Welches sind die wichtigsten Resultate, die Sie von der Behandlung erhoffen?

Nach A. Kleinman

D) Transkulturelle Anamnese nach Domenig



E) Suchstrategie- Tabelle

PUBMED					
Datum	Kombinationen der Suchbegriffe	Limiten	Treffer	Relevante Treffer	Name des relevanten Artikels
28.01.2013	Transcultural assessment AND mental health	Free full text available Publication dates 10 years	5	2	Nr. 2 : « Common mental health problems in immigrants & refugees : general approach in primary care » Nr. 3 : « The Clinical Ethnographic Interview : a user friendly guide to the cultural formulation of distress and help seeking »
28.1.2013	Mental health AND switzerland AND immigration	Free full text available Publication dates 10 years	1	1	Nr.1 : « Bicultural identity among economical migrants from three south European countries living in Switzerland. Adaptation and validation of a new psychometric instrument. »
28.1.2013	Transcultural competence AND psychiatry	Free full text available Publication dates 10 years	3	1	Nr. 1 : « Globalization and mental disorders : overview with relation »
29.1.2013	Cross-cultural interventions AND depression AND nursing	Free full text available Publication dates 10 years	4	0	0
29.1.2013	Cross-cultural interventions AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	27	0	0
29.1.2013	Transcultural Nursing AND psychiatry	Free full text available Publication dates 10 years	0	0	0
30.1.2013	« transcultural interventions AND psychiatry »	Free full text available Publication dates 10 years	10	1	Nr. 7 : « The construction of cultural differences and its therapeutic significance in immigrants mental health services in France »
11.2.2013	Depression AND transcultural	Free full text	39	1	Nr. 1 : « Transcultural Nursing. » Krankenpflege Kayser

	nursing	available Publication dates 10 years			
11.2.2013	MeSH-Terms Ethnopsychology AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	1	1	« The association between negative self-descriptions and depressive symptomology : does culture make a difference? »
26.4.2013	Immigrants AND needs AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	5		Nr. 1 : « Meeting the mental health needs of low-income immigrants in primary care : a community adaptation of an evidence-based model. » Nr. 2 : « Estimating the effects of immigration status on mental health care utilizations in the United States » Nr. 5 : « Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe : working group appendix 1). »
26.4.2013	Ethnic groups AND depression AND help-seeking	Free full text available Publication dates 10 years	8	1	→ Titles with your search terms: «Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups»
27.4.2013	Cultural diversity AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	28	4	Nr. 7: « Cross-Cultural considerations in administering the center for epidemiological scale.» Nr. 9: « Managing depression among ethnic communities: a qualitative study. » Nr. 10: « Mental health – cultural competence.» Nr. 14: « Recognition of depression in people of different cultures: a qualitative study.»
27.4.2013	Cultural diversity AND mental health		69	1	Nr 11. « A case study of organisational Cultural Competence in mental healthcare.» Nr. 21: « Mental Health – cultural competence.» Nr. 47: « Illness causal beliefs in Turkish immigrants.»
5.5.2013	« Turkish beliefs AND depression »	free full text available Publication dates 10 years	50	1	Nr. 1 : « The influence of stigma on depression overall psychological distress and somatization among female turkish migrants. »

5.5.2013	Turkey illness beliefs depression	Free full text available Publication dates 10 years	9	1	Nr. 6 : « public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban turkey. » Nr. 8 : « Public attitudes to depression in Turkey. »
5.5.2013	Turkey AND depression AND nursing	Free full text available Publication dates 10 years	8	1	Nr. 5 : « Health and ill health of asylum seekers in Switzerland : an epidemiological study »
5.5.2013	Turkish AND depressive disorder	Free full text available Publication dates 10 years	1	1	→ Titels with your search terms: Nr. 1 : « Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: a qualitative study of idioms of distress.»
5.5.2013	Mental health AND migrants	Free full text available Publication dates 10 years	1	1	→ Titles with your search terms: « Mental health, health care utilisation of migrants in Europe »
19.05.2013	Mesh Terms « Transcultural Nursing » AND « Psychiatric Nursing »	<ul style="list-style-type: none"> • Free full text available • 10 years 	34	2	Nr. 5 : « culturally competent psychiatric nursing care » Nr. 21 : « How young people from culturally and linguistically diverse backgrounds experience mental health : some insights for mental health nurses »
5.5.2013	Cultural differences AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	3	1	→ Titles with your search terms: « Cultural differences in conceptual models of depression »
19.05.2013	« cultural models of depression » AND « nursing »	<ul style="list-style-type: none"> • free full text available • 10 years 	56	1	Nr. 33 : « The influence of culture on immigrants women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers »
15.5.2013	Turkish AND depressive disorder	Free full text available Publication dates 10 year	1	1	→ Titels with your search terms: Nr. 1: « Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: a qualitative study of idioms of distress.»

15.5.2013	Mental health AND migrants	Free full text available Publication dates 10 years	1	1	→ Titels with your search terms: « Mental health, health care utilisation of migrants in Europe »
15.5.2013	Cultural differences AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	3	1	→ Titels with your search terms: « Cultural differences in conceptual models of depression »
15.5.2013	Depression AND immigrant groups	Free full text available Publication dates 10 years	1	1	→ Titels with your search terms: « Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups »
15.5.2013	Switzerland And mental health and immigration	Free full text available Publication dates 10 years	14	4	Nr. 5: « Patterns of inpatient care of immigrants in Switzerland: a case control study. » Nr. 6: « Are immigrants at a disadvantage in psychiatric inpatient care? » Nr. 9: « Comparison between swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies. » → kein Fulltext vorhanden Nr. 14: « Turkish immigrants in ambulatory psychiatric treatment. » → related citations in Pubmed weiterer Artikel gefunden: « Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. »
15.5.2013	Explanatory models AND mental health	Free full text available Publication dates 10 years	44	1	Nr. 26: « Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics. »
15.5.2013	Depression AND immigrant groups	Titels with your search terms Free full text available Publication dates 10 years	1	1	→ Titels with your search terms: « Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups »

CINAHL					
Datum	Kombinationen der Suchbegriffe	Limitationen	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	
28.1.2013	Immigrants AND depression AND nursing	Free full text available Publication dates 10 years	4	0	0
28.1.2013	Transcultural nursing AND depression	Free full text available Publication dates 10 years	2	0	0
29.1.2013	Depression AND immigrants	Free full text available Publication dates 10 years	80	2	<p>Nr. 69 « The influence of culture on immigrant women's mental health care experience from the perspectives of health care providers.»</p> <p>Nr. 70: « health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting.»</p>
5.5.2013	Intercultural communication AND mental health	Free full text available Publication dates 10 years	2	1	<p>Nr. 1: « Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders.»</p>

- Die in der grünen Farbe markierten Studien wurden alle in die Bachelorthesis miteinbezogen.
- Die in der schwarzen Farbe markierten Studien wurden in die nähere Auswahl einbezogen, konnten aber schlussendlich nicht in die Bachelorthesis miteinbezogen werden. (Keine Antwort auf die Fragestellung oder nicht passend bzgl. Einschlusskriterien)
- Es wurden zudem Studien (2) nicht auf diesen Datenbanken gefunden, sondern über die Suchbank „Google Scholar“

F) Kriterien zur Beurteilung von qualitativen Studien

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsplan in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codier, Matrix, Themen? Verschiedene Herangehensweisen?

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wann war es genug nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitier?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Einmal im Forschungsplan? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medizin.uni-bielefeld.de/psychosomatische/lehre/psych/lehre/01> V 1.1 am Behrens, J., & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing (Hans Huber: Bern).

Behrens und Langer (2004)

G) Zusammenfassungen der qualitativen Studien

Borra, R. (2011). Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: A qualitative study of idioms of distress. *Transcultural Psychiatry* 2011, (48), 660-674. Niederlande

Ziel/Fragestellung

Ausdrucksweise des Leidens von türkischen/anatolischen Frauen in Holland untersuchen und die potentiellen Probleme in der Diagnose von Depressiven Störungen erfassen. Ein zweites Ziel war es, zur Entwicklung einer validierten, zuverlässigen, Diagnosetechnik für Depressionen bei türkischen/anatolischen Frauen beizutragen.

Spezifische Forschungsfragen wurden gestellt:

- 1) Wie beschreiben türkische/anatolische Frauen in ihrer Sprache die somatischen und psychischen Beschwerden ihrer Depression (welche von Gesundheitsfachleuten abgestritten wurde)? Welches sind die Beschwerden? Wie manifestieren sich diese Beschwerden? Welche türkischen Begriffe gebrauchen sie, um diese zu beschreiben?
- 2) Teilen die befragten Frauen einen gemeinsamen Ausdruck für ihr Leid?
- 3) Falls diese Frauen einen gemeinsamen Ausdruck für ihr Leiden teilen, ist es möglich die Depression zu diagnostizieren welche mit den Kriterien von DSM-IV übereinstimmen?

Design: qualitatives Design, semi-strukturierte Interviews

Setting: RIAGG Department of Psychiatry

Stichprobe: 20 Frauen; Folgende Einschlusskriterien wurden beachtet: türkischer/anatolischer Migrationshintergrund, 20-50 Jahre alt, somatische und depressive Beschwerden, Der Psychologe, Sozialarbeiter oder die Pflegefachperson stritt die Diagnose einer Depression ab. Alle Teilnehmerinnen haben in einem informellen Konsens den anonymen Gebrauch von Daten eingewilligt.

Methode

Nach Untersuchung von mehreren Depressionsskalen, haben die Forscher durch qualitative Recherche ein semi-strukturiertes Interview in Kooperation mit einem türkischen Doktor, einem türkischen Psychiater, und einem türkischen Dolmetscher entwickelt. Dabei wurde die Erfassung von somatischen Beschwerden beachtet. Das Instrument charakterisiert sich durch geschlossene sowie offene Fragen. Ausserdem wurde eine Skizze eines weiblichen Körpers benutzt, um die Schmerzen zu lokalisieren. Das Interview beinhaltete unter anderem die Frage, wie die Frauen ihre Migrationssgeschichte erlebt haben. Ausserdem wurden Themen wie Angst und Gewalt auch in die Fragen miteinbezogen.

Die Interviews wurden mit 20 türkisch/anatolischen Frauen, welche den Einschlusskriterien entsprachen durchgeführt. Die Durchschnittszeit eines Interviews war etwa bei 90 Minuten. Eine weibliche türkische Dolmetscherin war bei den Interviews dabei, um bei Verständnisproblemen behilflich zu sein. Die Interviews wurden transkribiert und übersetzt. Danach wurden die Inhalte der Interviews mit türkischen Übersetzern diskutiert und analysiert. Schlussendlich wurden die Daten nochmals von drei türkischen und zwei holländischen Psychiatern analysiert, um anhand des DSM-IV eine Diagnose (basierend auf das Interview)zu stellen.

Ergebnisse

- Aufgrund der Basis der Daten der Interviews, haben die 5 Psychiater eine Depression bei 18 der 20 Teilnehmerinnen diagnostiziert.
- Der Ausdruck des Leidens war von den meisten TN durch Ausdruck von physischen Beschwerden charakterisiert. Die Frauen konnten anhand Körperskizzen im Detail ihre somatischen Beschwerden beschreiben.
- Die meisten erläuterten somatische Beschwerden : Kopfschmerzen (17), Nacken- und Schulterschmerzen (12), Druck auf der Brust (13), Bauchschmerzen (11), kribbelnde

<p>Sinneseindrücke an Armen und Beinen (12), Rückenschmerzen (14), Herzrasen (4). 10 Frauen haben von anderen Krankheiten oder Symptomen berichtet (rheumatoide Arthritis, Diabetes, Geschwollene Füße). 18 bestätigten ein premenstruelles Syndrom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um die Gefühle des Leidens auszudrücken, benutzten die TN folgende Begriffe: „sikinti“ und „bunalim“, welche synonym mit Gefühlen wie Anspannung, „bedrückt“, „eingezwängt sein“. Diese Begriffe beziehen sich sowohl auf somatische/physische Empfindungen als auch auf den emotionalen Zustand. Ein anderer Ausdruck war das Wort „karamsar“, welches „schwarzes Gefühl“ bedeutet. • Alle 20 TN berichteten über Angstsymptome, mit einem Gefühl von drohender Gefahr, v.a. bei Klingeln des Telefons oder Klingeln der Haustüre (Angst, schlechte Nachrichten aus der Türkei zu bekommen) • 15 haben über visuelle oder auditive Halluzinationen berichtet. • Die meisten TN haben bestätigt, dass sie weder Selbstvertrauen noch Mut in ihrer Situation haben. • Die Frage, ob die TN eine Depression als Strafe ansieht, wurde missverstanden, da die türkischen Frauen das Wort Strafe mit kriminellen Verhalten in Verbindung brachten. Daraufhin wurde die Frage für die zweite Runde der Interviews ausgelassen. • Alle 20 Frauen haben darüber berichtet, schnell agitiert und irritiert zu sein. • 13 Frauen berichteten über den Verlust einer wichtigen Person. • 13 Frauen berichteten über Erlebnisse von physischer Gewalt oder Misshandlung in ihren Familien. 	
<p>Diskussion / Schlussfolgerungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Studie hat man gesehen, dass die türkischen Frauen ihr Leid mit verschiedenen somatischen, depressiven und ängstlichen Beschwerden kommunizierten. • Um eine Depression zu erfassen, könnte es von Nutzen sein, mehr Informationen über das Mittel eines kulturell angepassten Diagnostik-Interviews zu gewinnen. • Aufgrund von vielen unterschiedlichen Ausdrucksformen der Beschwerden, mögen Depressionen und Angststörungen bei türkischen Frauen unterdiagnostiziert sein. • Das Diagnostik-Interview für türkische Frauen scheint ein praktisches und nützliches Instrument zu sein, um beim Assessment der Diagnose behilflich zu sein. Es wurde in englischer sowie türkischer Sprache übersetzt. 	
<p>Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): „Beurteilung einer qualitativen Studie.“</p>	
<p>Glaubwürdigkeit 7/8</p>	<p>Das Ziel sowie drei Forschungsfragen wurden klar definiert. Eine Literaturrecherche wurde gemacht, um die bestehende Problematik aufzuzeigen und die bestehenden Depressions-Skalen zu erfassen. Das qualitative Design wird nirgends wo genau beschrieben. Die Datensammlung erfolgte durch semistrukturierte Interviews mit offenen und geschlossenen Fragen und es wurde mit einer Körperskizze gearbeitet. Die Teilnehmer wurden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und auch die Auswahl wurde begründet (Hohe Anzahl von türkischen Migranten in Holland). Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurde umfassend beschrieben sowie wurden die Einschlusskriterien notiert. Die Datenanalyse erfolgte mittels Transkribierung und Übersetzung. Danach wurden die Daten von 5 Psychiatern (holländisch und türkisch) interpretiert und analysiert. Die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.</p>
<p>Aussagekraft 1.5/2</p>	<p>Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben. Diese hätten noch ein wenig strukturierter beschrieben werden können und in Themen eingegliedert werden. Es wurde teilweise mit Zitaten gearbeitet. Es wird nirgends beschrieben, ob die Ergebnisse bestätigt wurden.</p>

Anwendbarkeit 1.5/2	<p>Die Studie gibt einen Einblick in das Erleben von Depression bei türkischen Migrantinnen. Sie zeigt auf, dass die somatischen Beschwerden im Erleben der Depression sehr wichtig sind und die Depression bei türkischen Migrantinnen unterdiagnostiziert bleibt. Die Ergebnisse können jedoch nicht verallgemeinert werden und auch das entwickelte Diagnostik-Interview muss weiter überprüft werden, um die Anwendbarkeit evidenzbasierend abzusichern.</p>
Gesamtbewertung	<p>Die kritische Beurteilung erreicht 10/12 Punkten und wird in die Arbeit miteinbezogen.</p>

Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies* 2003, (40), 299- 306.
Australien

Ziel/Fragestellung

Ziel dieser Studie war das Explorieren und Beschreiben der Erfahrungen von Pflegefachpersonal in Bezug auf ihre Kommunikation mit kulturell diversen Patienten im akuten Pflegesetting.

Die dafür benötigte Fragestellung lautete „ Was sind die Erfahrungen von Pflegefachpersonen in der Kommunikation mit kulturell diversen Patienten im akuten Pflegesetting?“

Folgende Abkürzungen werden benützt: Kulturell und linguistisch diverse Patienten: CLD-Patienten.

Design

Ein interpretativ-deskriptives Design in der qualitativen Tradition.

Setting

Akutabteilung eines Spitals mit einem hohen Anteil an CLD-Patienten.

Stichprobe

23 Pflegefachleute eines peripheren Spitals in Sydney. Davon waren 12 Hebammen, 11 registrierte Pflegefachleute. Sie verfügten zum Zeitpunkt der Ermittlung zwischen 5 und 25 Jahren. 10 der Teilnehmenden hatten einen Migrationshintergrund (Asien, Südamerika, Philippinen, Sri Lanka, Europa und indigenes Australien). Nur 3 der Teilnehmenden verfügten über eine tertiäre Ausbildung in multikulturellen Aspekten der Pflege.

Methode

Face-to-face- Interviews von einer Dauer von 45 Minuten. Diese wurden (mit Bewilligung der Teilnehmer) auf Tonband aufgenommen. Das Interview begann mit einer offenen Frage: „Können Sie mir über Ihre Erfahrungen mit CLD- Patienten berichten?“ und fokussierte sich danach auf die Kommunikation. Sobald die Teilnehmer äusserten, nichts mehr zum Thema sagen zu haben, wurde das Interview beendet.

Ergebnisse

1. Inanspruchnahme der Dienste von Dolmetschern

- Situationen: Vor allem bei Face-to-Face-Interviews mit Patienten
- Besondere Schwierigkeiten treten laut TN an Wochenenden und Nachtschichten auf, wo Dolmetscher nicht erreichbar sind
- Situationen, in welchen Patienten Bekannte über das Telefon zum Übersetzen organisierten, wurde von Pflegefachpersonen als unangenehm beschrieben, weil einerseits das Dreier- Gespräch über das Telefon als seltsam und schwerfällig empfunden wird und zusätzlich das Beschaffen eines zur Verfügung stehenden Telefons schwierig sei
- Insgesamt schätzen Pflegefachfrauen die Dienste von Dolmetschern, jedoch sehen sie dabei auch Grenzen: Die zur Verfügung stehenden Zeiten, das Einschätzen des angemessenen Masses an Information, der Umgang mit strengvertraulichen Daten sowie der Richtigkeit der Übersetzung. Beispielsweise hatten die Patienten nach Dolmetschergesprächen Angst, die Informationen würden an ihre Gemeinschaft weitergeleitet werden.

2. Die Kooperation mit bilingualen Gesundheitsfachleuten

- Der Zugang zu bilingualen Gesundheitsfachleuten wird als deutlich einfacher beschrieben als für professionelle Dolmetscher
- Die Kooperation mit bilingualen Gesundheitsfachleuten wird als vorteilhaft für die

Patientenpflege geschildert

- Pflegefachleute beschreiben, dass bilinguale Gesundheitsfachleute den Beziehungsaufbau zu den CLD- Patienten mitwirken, indem sie die spezifischen Bedürfnisse des Patienten identifizieren, somit eine individualisierte Pflege ermöglichen und zusätzlich in komplexen und emotionalen Situationen eine Vermittlerrolle übernehmen.

3. Andere Strategien, welche Pflegefachpersonen in der Kommunikation mit CLD- Patienten anwenden:

- Zeichnungen
- Viele TN nannten Familienmitglieder als Übersetzungshilfe übernehmen. Die TN äusserten jedoch, theoretisch zu wissen, dass dies nicht die optimale Lösung sei, dass es jedoch nicht immer möglich sei, die Dienste von Dolmetschern in Anspruch zu nehmen
- Einige Pflegefachfrauen fragen ihre Teamkolleginnen. Diese Strategie bringt jedoch Konsequenzen mit sich: Patienten „fixieren“ sich auf die Pflegefachfrau, welche ihre Sprache sprechen, warten oft bis zum Schichtwechsel um ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Bilinguale und unilinguale Pflegefachfrauen äussern Bedenken bezüglich solchen Situationen und assoziieren damit Risiken der sich dadurch verzögernden Kommunikation.
- Einige TN lernen einige Wörter des fremden Vokabulars um somit die Kommunikation zu erleichtern
- Körper- und Zeichensprache
- Pflegefachfrauen zeigen auf, dass sie sich verschiedener kultureller Lebensstile bewusst sind, welche die Kommunikation beeinflussen können wie beispielsweise der Ausdruck von Schmerz.

4. Haltungen der Pflegefachfrauen in Kommunikationssituationen :

- Pflegefachfrauen zeigten eine empathische, respektvolle Haltung und bemüht, die soziale Ausgrenzung zu reduzieren und demzufolge auch die soziale Isolation. Dazu versuchen sie, sich in die Lage der Patienten hineinzuversetzen „Wie wäre es für mich, wenn ich in China im Spital wäre und ich nichts verstehen würde?“
- Einige Pflegefachpersonen äusserten eine negative Haltung gegenüber CLD- Patienten aus folgenden Gründen:
 - Unverständnis, dass der CLD- Patient nach jahrelanger Immigration kein Englisch spricht
 - Die linguistische Barriere wird als frustrierend für die empfunden (für die Patienten sowie für die Fachpersonen)
 - Bedenken bezüglich der Pflegequalität, welche sie nicht garantieren können
- Insgesamt geben die TN an, dass durch den besseren Zugang zu Dolmetschern die Pflegequalität optimiert werden kann und dass Pflegefachpersonen eine Besserung zur Kenntnis genommen haben.

Diskussion und Schlussfolgerung

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Mehrheit der Pflegefachleute sich bemüht, Respekt gegenüber CLD- Patienten zu zeigen, ihre soziale Ausgrenzung zu minimieren sowie die sprachliche Barriere möglichst gut zu beheben. Allerdings beschreiben einige Pflegefachleute die Komplexität der Kommunikation als frustrierend für sich selbst, sowie für ihre Patienten. In Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass die Kultur der individuelle Pflegefachperson einen Einfluss auf die Interpretation der Patientenbedürfnisse ausübt sowie die Pflegefachpersonen darauf eingehen. Implizieren Pflegefachleute den Patienten und ihren Familien ihre eigene kulturelle Wertvorstellung sowie Glauben und Praktiken, kann das als ethno-zentrierte Pflege bezeichnet werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Sensibilisierung ethischer und professioneller Aspekte der Pflege von CLD- Patienten. Dabei müssen die Pflegefachpersonen daran erinnert werden, dass transkulturelle Pflege nicht bedeutet, die Differenzen zwischen den Kulturen zu erkennen, sondern die Bedürfnisse der CLD- Patienten und ihren Familien zu akzeptieren, wertzuschätzen und zu berücksichtigen.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): „Beurteilung einer qualitativen Studie.“	
Glaubwürdigkeit Punkte: 6/ 8	Die Forschungsfrage sowie ihr Ziel werden klar beschrieben. Die Wahl des Studiendesigns wird begründet. Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, welche die Problematik der Kommunikation mit CLD-Patienten erklärt. Zusätzlich werden Resultate einer Studie vorgestellt, welche denselben Schwerpunkt hatte, jedoch auf einer pädiatrischen Abteilung durchgeführt wurde. Die Teilnehmer wurden passend gewählt, auch dadurch dass sie bereits über 5 Jahre Berufserfahrung verfügen. Erstaunlich ist hingegen, dass Pflegefachleute und Hebammen interviewt wurden, obwohl dies in der Fragestellung nicht explizit erwähnt wird. Die Teilnehmer werden detailliert beschrieben, jedoch nicht in Tabellenform dargestellt; die Interviewer werden nicht beschrieben. Die Datensammlung (durch das Interview) wird beschrieben, jedoch wird nur die erste Frage erwähnt, es könnte die Gefahr bestehen, dass der Interviewer den restlichen Verlauf des Interviews in eine Richtung gesteuert hat, somit können Bias nicht ausgeschlossen werden. Die Datenanalyse erfolgte durch das Transkribieren der auf Tonband aufgenommenen Interviews. Darauf wurden diese auf ihre Präzision kontrolliert, wie genau dies erfolgte wird nicht erwähnt. Die Daten wurden darauf vereinheitlicht und kategorisiert. Die Vereinheitlichung der Daten erfolgte durch das Codieren der rohen Daten in verschiedene Kategorien, eine validierte Datenanalyse wird nicht erwähnt. Die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung dank der Dauer der Interviews und der ausführlichen Befragung. Ein ethisches Gutachten wurde durch das universitäre Ethikkomitee erhalten. Die Teilnahme war freiwillig, die Pflegefachleute erhielten bei Interesse die Informationen zum Projekt, entschieden sie sich zur Teilnahme, wurde ihnen zu ihrer Anonymität ein numerischer Code zugeordnet.
Aussagekraft Punkte: 1, 5/2	Der Prozess der Datensammlung ist nachvollziehbar, die Systematik der Datenanalyse scheint jedoch nicht nach einer bestimmten Systematik erfolgt zu sein. Zu jeder Kategorie werden Zitate illustriert. Die Validität wurde von 9 Teilnehmern überprüft. Zusätzlich lasen Gesundheitsfachleute die Resultate und bestätigten sie diese anhand ihrer Erfahrungen, die sie in Bezug auf die Kommunikation von Pflegenden mit CLD-Patienten beobachtet konnten (bei Übersetzungssituationen).
Anwendbarkeit Punkte: 1/2	Die Resultate sind nicht direkt anwendbar, was jedoch für qualitative Ansätze nur teilweise relevant ist. Die Studie zeigt die verschiedenen die Strategien auf, welche Pflegefachpersonen (und Hebammen) anwenden, um mit CLD- Patienten die Kommunikation möglichst gut zu gestalten. Sie zeigt jedoch auch auf, dass die transkulturelle Kompetenz oft falsch verstanden wird, ein wichtiger Aspekt für die Forschung von transkultureller Pflege. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit auf, dass Institutionen ihre Übersetzungsmöglichkeiten verbessern und dafür auch ihre personelle Ressourcen zu nutzen.
Gesamtbewertung	Die Studie erhält 8, 5 von 12 Punkten und wird somit in die Arbeit miteinbezogen.

Gorman, D., Brough, M. & Ramirez, E. (2003). How young people from culturally and linguistically diverse backgrounds experience mental health: Some insights for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003, (12), 194-202.
Australien

Ziel/Fragestellung

Hauptziel: Beschreiben der Bedürfnisse von Jugendlichen aus kulturell und sprachlich diversen Hintergründen (CALD: culturally and linguistically diverse) bezüglich ihrer psychischen Gesundheit. Dazu gehören folgende Unterziele:

- Die Erfassung von Erfahrungen und Bedürfnisse der ersten und zweiten Generation von jungen Immigranten.
- Die Identifikation von Mängeln in Gesundheitsdiensten für die psychische Gesundheit (mental health service delivery), welche für die CALD- Jugend relevant sind
- Aus den Resultaten sollen Empfehlungen für Pflegefachleute entwickelt werden, wie diese die Bedürfnisse und Stärken/ Ressourcen von CALD-Klienten besser verstehen und erfassen können, sowie sie ihnen damit Hilfe leisten können, um mit dieser Patientengruppe wirksamer zu arbeiten.

Design

Es handelt sich hierbei um das qualitative Design der Phänomenologie.

Setting

Die Befragten Jugendlichen wurden zum Zeitpunkt nicht stationär behandelt, sie wurden in drei verschiedenen Staaten Australiens auf diverse Wege rekrutiert: Gemeinschaften, welche von Gesundheitsinstitutionen empfohlen wurden, Jugendarbeiter, Zeitungsinserate, Gemeinschaftsverbände, religiöse Gruppen, soziale Versammlungen und „Snowballing“.

Stichprobe

123 CALD- Jugendliche. Bedingungen:

- Alter: zwischen 16 und 24 Jahre alt
- Migrationshintergrund: Die Herkunft der Teilnehmer ist divers, so wie ihr Migrationsgrund (Flüchtlinge oder freiwillige Migration) und die Zeit seit der Immigration. Die drei Herkunftsländer, welche am meisten vertreten waren: Ehemaliges Jugoslawien, China und Somali.
- Persönliche Erfahrungen von Stressformen und Druck, Depression oder Angst

Zusätzlich wurden 41 Betreuer/ Pfleger („carers“) und 14 in psychischen Gesundheitsdiensten Arbeitende befragt. In den Resultaten werden jedoch nur die Aussagen der Jugendlichen vorgestellt.

Methode

Es wurden Tiefen- Interviews (in-dept-Interviews) durchgeführt. Die Interviewer waren bilingual. Für die thematische Analyse wurden die Interviews in Englisch transkribiert und in das Programm „NUD-IST“ (Qualitative Solutions and Research, Bundoora, Victoria, Australia) eingefügt.

Der Schwerpunkt der Interviews lag auf die Copingstrategien und Ressourcen, welche CALD-Jugendliche in Bezug auf ihre psychische Gesundheit nannten. Die Interviews fokussierten somit auf folgende Themen: kulturelle Identität, Integrationserfahrung, Status der psychischen Gesundheit, Erfahrung mit Gesundheitsdiensten sowie Schutz - und Risikofaktoren (interne und externe).

Ergebnisse

Die Analyse der Aussagen resultierte in eine Kategorisierung der Informationen:

- 1) Kulturelle Identität und Integration (resettlement experiences)

Die Mehrheit der Teilnehmer kamen als Flüchtlinge nach Australien (aus dem

ehemaligen Jugoslawien, Somalia und andere). Prä-Migrationserfahrungen wie der Verlust von Familienmitgliedern, Folter- und Traumaerlebnisse zeigten verschiedene Auswirkungen: Einige tendierten, sich schnell in die neue Kultur zu integrieren und die Vergangenheit hinter sich zu lassen. Andere waren beim Thema noch sehr emotional und weigerten sich Aspekte ihres „neuen“ Landes zu akzeptieren.

2) Kultur

Die Mehrheit der Jugendlichen hatten die Möglichkeit, ihren traditionellen Lebensstil fortzusetzen. Sie identifizieren Familie, Gemeinschaft, Nähe, Respekt für Ältere, Tanz, Musik und Feste sowie traditionelles Essen als Wertsymbole. Die eigene Sprache sprechen zu können hatte eine positive Wirkung auf ihre Identität. Viele schätzten gesellschaftliches Beisammensein, das als wichtiger Präventionsfaktor zur sozialen Isolation genannt wurde. Bedenken wurde in Bezug auf mangelnde Möglichkeit die eigene Sprache zu sprechen, Fehlen von traditionellen Festen sowie die Aufrechterhaltung von Gebeten genannt.

Unterschiedliche Aussagen wurden in Bezug auf die „neue“ Gesellschaft genannt. Einige schätzen den liberalen Lebensstil, andere äusserten Schwierigkeiten mit Themen wie Alkoholkonsum, freizügiges Auftreten, etc.

3) Soziales und emotionales Wohlbefinden

Während Flüchtlinge vorwiegend grosse Probleme mit Kriegserfahrungen nannten, standen für andere Migranten Sprachprobleme und Beziehungen im Zentrum für ihre psychischen Probleme. Soziale Isolation wurde als stressvoll genannt, welche Depression und/oder Angst begünstige. Als Hauptursache für soziale Isolation wurden Schwierigkeiten in Kommunikation genannt. Sprachliche Barrieren hindern sie, Freundschaften zu entwickeln sowie ein akademisches Studium zu absolvieren. Das Fehlen von Familie und Freunden, Arbeitslosigkeit und kulturelle Differenzen wurden ebenfalls als Faktoren genannt, welche zur Isolation führen.

Es wurden diverse Copingstrategien genannt. Die am meisten genannten waren:

- Unterhaltung und/ oder Ablenkung anhand von Musik, Filmen, Ausgang
- Soziale Kontakte fördern um „Grübeln“ über die Situation und soziale Isolation zu verhindern: Dies durch Treffen von Freunden welche zu einer Gruppe gehören. Freunde wurden als Unterstützung genannt, um temporär der Situation zu entfliehen
- Physische Aktivität: zur Stressreduktion
- Interne Ressourcen: positive Sichtweise annehmen, eigene Stärken identifizieren und als Copingstrategien erkennen sowie die Einstellung, Kontrolle über die Situation zu nehmen, anstatt sich als Opfer zu identifizieren.
- Spiritualität: Teilnahme und religiösen Aktivitäten wie Gebete wurde als Quelle für Resilienz von vielen Teilnehmern genannt.
- In Verbindung bleiben mit der eigenen Kultur: Telefonieren, in Kontakt bleiben mit Verwandten, Familie, Freund im Heimatland.
- Arbeit: Wurde als sehr wichtig genannt, aus ökonomischen Gründen wie auch zur Steigerung des Selbstbewusstseins durch die erworbene Unabhängigkeit.
- Nur 9 der insgesamt 123 Teilnehmer hatten professionelle Hilfe in Form von Beratung und Therapie in Anspruch genommen.

4) Unterstützung durch die Familie

Unterschiedliche Aussagen. Nicht alle wollten oder konnten Unterstützung ihrer Familie erhalten. Entweder hatten die Jugendlichen das Gefühl, die „Daheimgebliebenen“ würden ihre Sorgen nicht verstehen oder sie wollten sie nicht damit belasten.

5) Erfahrungen mit Dienstleistungen (Services)

Deutlich die Mehrheit der Befragten sagte, Unterstützung bei Freunden und Familie zu suchen. Nur eine kleine Anzahl haben professionelle Hilfe in Anspruch genommen, dies aus folgenden Gründen: Bedenken bezüglich sozialer Stigmatisierung durch psychische Krankheit, Fehlen von Bewusstsein eines vorhandenen Problems, welches professionelle Hilfe benötigt sowie ein Wissensdefizit bezüglich des Existierens von diversen Dienstleistungen. Diejenigen, welche bereits Dienstleistungen in Anspruch genommen hatten, sagten, vor allem von praktischer Unterstützung profitiert zu haben, wie Hilfe beim Finden einer Unterkunft, finanzieller Hilfe, Arbeitssuche und emotionale Unterstützung. Als Barriere wurden fehlendes Verstehen für kulturelle Probleme und ein Mangel an Fachleuten mit transkulturellem Fachwissen.

<p>6) <u>Momentane Situation</u> Verschiedene Antworten. Die Mehrheit hat das Gefühl, mit der Situation gut zu umgehen zu können, die zweitgrösste Gruppe sagt, die Situation habe sich schon etwas verbessert.</p> <p>7) <u>Empfehlungen von den Jugendlichen für den Staat</u> Jugendunterstützung, Bildung, breite Strategie (broad strategie) und Arbeit. (Nicht pflegerelevante Faktoren, werden daher nicht weiter beschrieben)</p>	
<p>Diskussion und Schlussfolgerung CALD- Jugendliche wenden verschiedene Copingstrategien an. Sie werten insgesamt die Familie und Gemeinschaft als soziale und emotionale Ressourcen und holen sich eher da Unterstützung als von öffentlichen psychiatrischen Dienstleistungen. Identifikationsprobleme können speziell bei CALD-Jugendlichen von grosser Bedeutung sein: Einerseits möchten sie ihren traditionellen Lebensstil weiterführen, gleichzeitig wird von ihnen erwartet, dass sie sich der neuen Kultur anpassen. Themen wie Identifikationsproblemen, Selbstwertgefühl und Verlust sind von grosser Bedeutung. Dies verlangt von Gesundheitsfachleuten transkulturelle Kompetenzen, welche auf mehr basieren als Wissen über Differenzen. Sie müssen die Dilemma-Situation der CALD-Klienten erfassen, da diese schwierige Entscheidungen fallen müssen wenn es darum geht, wie mit psychischen Gesundheitsproblemen umzugehen. Um die Resilienz zu fördern, müssen Fachleute anhand einer partnerschaftlichen Beziehung mit dem Klienten seine Stärken/ Ressourcen identifizieren und ihn beim Fällen von Entscheidungen unterstützen sowie dabei seine Realität verstehen.</p>	
<p>Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): „Beurteilung einer qualitativen Studie.“</p>	
<p>Glaubwürdigkeit Punkte: 6/ 8</p>	<p>Die Forschungsfrage ist klar formuliert, Unterziele werden benannt. Die Autoren begründen ausführlich die Wahl des Designs damit, dass es bereits quantitative Daten zum Thema gibt, sie jedoch anhand des qualitativen Designs in die Tiefe der Problematik gehen wollten. Sie spezifizieren aber nicht das genaue qualitative Design, es kann jedoch der Phänomenologie untergeordnet werden. Es wurde zuvor eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Stichprobenauswahl ist repräsentativ, die Diversität der Teilnehmer wurde gewährleistet (Herkunftsland, Immigrationsgrund, Alter, Geschlecht und Zeitpunkt der Immigration) und wird in Tabellenform aufgelistet. Die Teilnehmer werden nebst dem sozio-ökonomischen Status ausreichend beschrieben, jedoch fehlt die Perspektive des Forschers. Zusätzlich wird nicht beschrieben, welche Kriterien für die Auswahl der Interviewer galten. Die Schwerpunkte bei der Datensammlung werden zwar beschrieben, jedoch nicht welche Fragen gestellt wurden und welche Form für das Interview gewählt wurde. Die Datenanalyse erfolgte durch das Programm „NUD-IST“ (Qualitative Solutions and Research, Bundoora, Victoria, Australia). Die Daten wurden kodiert. Die Interviewer erhielten darauf die Resultate, welche sie überprüften um eine genau Interpretation zu gewährleisten. Da keine Aussagen über die Dauer und Strukturierung der Interviews gemacht werden, ist es schwierig zu beurteilen, ob die Datensammlung bis zur Sättigung erfolgte.</p>
<p>Aussagekraft Punkte: 0.5/ 2</p>	<p>Die Ergebnisse sind ausführlich und übersichtlich, jede Kategorie wurde mit Zitaten nachvollziehbar gemacht. Konsens im Forscherteam ist vorhanden, jedoch fehlt die Validierung durch die Teilnehmer.</p>
<p>Anwendbarkeit Punkte: 2/ 2</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie geben Pflegefachleuten wie dem ganzen Gesundheitswesen wichtige Einblicke in das Erleben von jungen</p>

	<p>Patienten mit kulturell und sprachlich verschiedenen Hintergründen und ermöglichen somit ihre Umgebung besser zu verstehen. Zusätzlich werden Empfehlungen abgegeben, wie transkulturell gepflegt/ beraten werden kann.</p> <p>Ein besseres Verstehen von Copingstrategien, welche CALD-Jugendliche anwenden, um besser mit ihrer komplexen und stressvollen Lebenssituation umgehen zu können, ist ebenso ein bedeutender Aspekt für Pflegefachleute in Hinsicht auf die Resilienz. Durch das erweiterte Hintergrundwissen können psychiatrische Pflegefachleute ihre Klienten besser unterstützen. Um dies zu ermöglichen, müssen sich Pflegefachleute die Zeit nehmen, die kulturelle und linguistische Barriere zu überschreiten um die Weltansicht diese Klienten und zu verstehen um die Copingmechanismen optimal zu fördern.</p>
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 9,5/ 12 Punkte und wird somit in die Arbeit integriert.

Lawrence V., Banerjee S., Bhugra D., Sangha K., Turner S., Murray J. (2006): Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine*, (36), 1375 -1383.
Grossbritannien

Ziel/Fragestellung

Die Studie versucht zu erklären, was ältere Erwachsene aus drei ethnischen Gruppen, welche in Grossbritannien leben, als angemessene Hilfe für Depression empfinden.

Design: Qualitatives Studiendesign, individuelle Tiefeninterviews, Grounded Theory

Setting: medizinische Grundversorgungsinstitutionen (primary care), Tageszentren und Mittagclubs

Stichprobe: Es wurden 110 ältere Erwachsene (65 und älter) in die Studie miteinbezogen. Die Stichprobe wurde in drei ethnische Gruppen geschichtet und folgende Teilnehmer wurden miteinbezogen: 32 afrokaribische Erwachsene, 33 Südasiatische Erwachsene, 45 weisse britische Erwachsene. Die Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen:

- 1) Ältere Menschen mit Depression, welche behandelt wurden
- 2) ältere Menschen mit Depression, welche nicht behandelt wurden
- 3) Ältere Menschen ohne Depression

Alle drei Gruppen beinhalteten TN der drei verschiedenen genannten ethnischen Gruppen.

Methode:

Alle Teilnehmer wurden von medizinischen Versorgungsinstitutionen (primary care), Tageszentren oder Mittagclubs rekrutiert. Rekrutierungen in psychiatrischen Gesundheitsinstitutionen wurde vermieden, weil der Fokus bei der allgemeinen Population war, und nicht bei Menschen, welche bereits stationäre psychiatrische Pflege akzeptiert hatten. Die Teilnehmer aus Gruppe 1 wurden anhand spezifischen Kriterien (Alter, Ethnizität, Therapiestatus,) von 7 ausgewählten Allgemeinärzten identifiziert. Die Teilnehmer der anderen beiden Gruppen wurden bei den Screenings anhand des HADS, sowie der Tageszentren und den Mittagclub rekrutiert. Den geeigneten Kandidaten wurde ein Brief verschickt, gefolgt von einem Telefonanruf eines Mitglieds des Forschungsteams.

Hauptthemen für den Interview-Leitfaden wurden durch eine Literaturübersicht über Depression, Krankheitsverständnis, kulturelle Ansichten und Hilfe-Suche (Help-Seeking) gemacht. Die Interviews dauerten ca. 1 Std und wurden in der bevorzugten Sprache der Teilnehmer durchgeführt.

Die Analyse der Daten basierte auf dem Ansatz der Grounded theory. Drei Mitglieder des Forschungsteams prüften und kodierten die Erstanalyse. Aufgetretene Themen wurden identifiziert und mit Codes benannt. Mit dem Fortschreiten der Analyse, wurden die bestehenden Codes überprüft und falls nötig wurden neue Codes hinzugefügt. Die NVivo qualitative Datenanalyse-Software wurde benutzt, um die systematische Erfassung und Kodierung von Konzepten zu ermöglichen. Die Interpretation der Daten erfolgte vom ganzen Forschungsteam.

Religion: Die Religion wird als Bewältigungsmöglichkeit der Depression gesehen. Vor allem Afrokaribische TN erläuterten eine ausgeprägte Beziehung mit Gott. Für diese ethnische Gruppe wird die Religion als zentraler Aspekt in der Beseitigung einer Depression angesehen. Sie erklären auch, dass durch eine Absenz der Beziehung mit Gott und dem Mangel von Glauben an Gott die Leidenszeit verlängert.

Für einige Südasiaten ist das Benutzen von Tempeln ein signifikanter Aspekt ihres Lebensstils. Meditation, Tempelbesuch und Gebete werden als wichtige Aspekte betrachtet, einen Sinn für Frieden und Ruhe zu empfinden.

Die TN welche von den Tageszentren rekrutiert worden sind, erleben diese Dienstleistung eines Tageszentrum oder Mittagstisches als positiv, um herauszugehen, andere Leute zu treffen und den sozialen Kontakt aufrechtzuerhalten.

Ergebnisse

Selbsthilfe: Die Mehrzahl der TN erläuterten, dass der Anstoss für die Bekämpfung einer Depression von einem selbst kommen sollte und dass man selbst wollen muss, eine Depression 100% bekämpfen zu können. Formelle und informelle Unterstützung wird als sekundär oder teilweise sogar als unbedeutend empfunden. Teilnehmer der drei Gruppen sprachen über Stärke von inneren Ressourcen und die Notwendigkeit der Selbstmotivation und den positiven Einstellungen.

Der Glaube daran, dass man sich selbst helfen muss, wurde in den kognitiven Strategien, um eine Depression zu bekämpfen, erläutert. Einige Südasiaten erläuterten, dass es wichtig sei, die Lebensansichten anzupassen. Die meist genannte kognitive Strategie war die Copingstrategien, Dinge zu unternehmen, welche den Kopf und die Seele von negativen Gedanken und Sorgen freimachen.

Alle ethnischen Gruppen erläuterten die Erkenntnis, dass es schlecht sei, „alle Tage die 4 Wände anzustarren“ und dass es für sie wichtig sei, herauszugehen. Vor allem die Afrokaribier sowie die Südasiaten repräsentiert das „Nach draussen gehen“ eine Gelegenheit ihre psychische Gesundheit zu verbessern.

Es gab jedoch auch Teilnehmer, welche sagten, dass eine Depression das Individuum unfähig macht, darüber hinwegzusehen, da die Depression ein grosses Loch an Motivation und Energie mit sich bringt und der Versuch, aktiv zu sein oder sich anzustrengen, oftmals scheitert. Betroffene sind oft von schmerzhaftem Leiden überwältigt.

Soziale Unterstützung

Familie: V.a. die Südasiaten, aber auch die anderen, bestätigten dass die Unterstützung der Familie eine wichtige Rolle in der Versorgung und der Bewältigung einer Depression spielt. Dabei wurde die Zeit, die man mit Familienmitgliedern verbringt sowie die emotionale Unterstützung (Zuhören, Ermunterung, Ratschläge), genannt.

Gesundheitswesen. Es kann gesagt werden, dass es keine ethnischen Unterschiede in den Aussagen über die soziale Unterstützung gibt.

Freunde: Soziale Interaktion wurde als sehr wertvoll empfunden.

Gesundheitswesen:

Allgemeinärzte: nicht näher beschrieben, da nicht relevant für unsere Arbeit.

Medikation: TN von allen ethnischen Gruppen befürworteten die Medikation in der Behandlung einer Depression, wobei die Anzahl weissen Briten diese Aussage am meisten vertreten haben. Eine Medikation wird meistens als temporär betrachtet, wobei nur die Minderheit gesagt hat, dass eine Medikation konstant eingenommen werde. Die grösste Angst vor der Medikation sei die Angst vor Abhängigkeit.

Beratung: In der Gruppe der TN, welche an einer Depression leiden, wurde ein grosser Vorteil in der Beratung gesehen. Vor allem TN aus der afrokaribischen Kultur teilten diese Meinung.

Die TN aus der südasiatischen Kultur waren hingegen eher verwirrt über die exakte Rolle des Beraters. Ein Skepsis und Besorgnis über Beratung war in dieser Kultur bemerkbar, da der Glaube besteht, persönliche Probleme mit „Fremden“ zu besprechen, unangemessen sei.

Psychiater: Nur einer von zehn TN schlägt die Hilfe eines Psychiaters im Falle einer Depression vor. Mit der Medikation zusammen wurde die Hilfe eines Psychiaters als ernsthafte Situation und als eher negativ betrachtet und somit wurde die Stigmatisierung wiederum zu einem Thema. Die Personen, welche einen Psychiater regelmässig konsultieren, haben jedoch erläutert, dass die Begleitung seinerseits und die Möglichkeit, offen über ihren Zustand zu sprechen, sie beruhigt hat.

Diskussion

- Die Resultate zeigen die Komplexität der Arbeit mit Depression im Alter in verschiedenen Kulturen auf.
- Eigenverantwortung und die Selbsthilfe steht in der Bewältigung von Depression laut Aussagen der TN über alle anderen Strategien.
- Es ist noch zu wenig über die Wirksamkeit von Selbsthilfe-Strategien bekannt
- Aber ein Ziel von Public Health sollte eben auch sein, dass die Art von Depression auf Hilfe von Aussenstehenden sowie Dienstleistungen.
- Im Alter sollen Verhaltensstrategien für eine verbesserte soziale Interaktion und Aktivität noch vermehrt gefördert werden.

<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Forschung zu dieser Thematik herrscht 	
Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): „Beurteilung einer qualitativen Studie.“	
Glaubwürdigkeit 7/8	<p>Es wurde mit einem Ziel gearbeitet, welches in der Einleitung beschrieben wird. Der Ansatz der Grounded Theory wurde als Design benutzt, wird aber nicht näher begründet. Eine sorgfältige Literaturrecherche zu den relevanten Themen wurde vor der Durchführung dieser Studie gemacht. Die Teilnehmer wurde passend zum Forschungsziel ausgewählt und begründet, warum das Forschungsteam die Stichprobe nicht aus psychiatrischen Gesundheitsdiensten genommen hat. Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden genügend beschrieben, jedoch über die Perspektiven des Forschungsteam ist wenig bekannt. Die Datensammlung wird ausreichend beschrieben und erfolgte bis zur Sättigung. Die Analyse der Daten erfolgte mittels Codes und Themen anhand einer Software. Die Analyse stützt sich auf weitere Literatur.</p>
Aussagekraft 1/2	<p>Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben; es wurde unter anderem mit Zitaten gearbeitet. Die Nachvollziehbarkeit hätte etwas besser strukturiert werden können, da sie etwas sprunghaft von Ergebnis zu Ergebnis hüpfen. Angaben über die Bestätigung der Ergebnisse wurden keine gemacht.</p>
Anwendbarkeit 1.5/2	<p>Die Ergebnisse helfen dem Leser, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen und ihre kulturelle Bedürfnisse zu verstehen. Die Studie ermöglicht es, die Haltungen und Meinungen dieser drei ethnischen Gruppen näher zu verstehen und kennenzulernen. Die Limiten der Studie sind aber, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden kann und deshalb gibt es nicht allzu konkrete Möglichkeiten der Anwendung.</p>
Gesamtbewertung	<p>9.5/12 Punkten, Studie wird in Arbeit miteinbezogen.</p>

Lawrence V., Banerjee S., Bhugra D., Sangha K., Turner S., Murray J. (2006): Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine*, (36), 1375 -1383.
Grossbritannien

Ziel/Fragestellung

Die Studie versucht zu erklären, was ältere Erwachsene aus drei ethnischen Gruppen, welche in Grossbritannien leben, als angemessene Hilfe für Depression empfinden.

Design: Qualitatives Studiendesign, individuelle Tiefeninterviews, Grounded Theory

Setting: medizinische Grundversorgungsinstitutionen (primary care), Tageszentren und Mittagclubs

Stichprobe: Es wurden 110 ältere Erwachsene (65 und älter) in die Studie miteinbezogen. Die Stichprobe wurde in drei ethnische Gruppen geschichtet und folgende Teilnehmer wurden miteinbezogen: 32 afrokaribische Erwachsene, 33 Südasiatische Erwachsene, 45 weisse britische Erwachsene. Die Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen:

- 1) Ältere Menschen mit Depression, welche behandelt wurden
- 2) ältere Menschen mit Depression, welche nicht behandelt wurden
- 3) Ältere Menschen ohne Depression

Alle drei Gruppen beinhalteten TN der drei verschiedenen genannten ethnischen Gruppen.

Methode:

Alle Teilnehmer wurden von medizinischen Versorgungsinstitutionen (primary care), Tageszentren oder Mittagclubs rekrutiert. Rekrutierungen in psychiatrischen Gesundheitsinstitutionen wurde vermieden, weil der Fokus bei der allgemeinen Population war, und nicht bei Menschen, welche bereits stationäre psychiatrische Pflege akzeptiert hatten. Die Teilnehmer aus Gruppe 1 wurden anhand spezifischen Kriterien (Alter, Ethnizität, Therapiestatus,) von 7 ausgewählten Allgemeinärzten identifiziert. Die Teilnehmer der anderen beiden Gruppen wurden bei den Screenings anhand des HADS, sowie der Tageszentren und den Mittagclub rekrutiert. Den geeigneten Kandidaten wurde ein Brief verschickt, gefolgt von einem Telefonanruf eines Mitglieds des Forschungsteams.

Hauptthemen für den Interview-Leitfaden wurden durch eine Literaturübersicht über Depression, Krankheitsverständnis, kulturelle Ansichten und Hilfe-Suche (Help-Seeking) gemacht. Die Interviews dauerten ca. 1 Std und wurden in der bevorzugten Sprache der Teilnehmer durchgeführt.

Die Analyse der Daten basierte auf dem Ansatz der Grounded theory. Drei Mitglieder des Forschungsteams prüften und kodierten die Erstanalyse. Aufgetretene Themen wurden identifiziert und mit Codes benannt. Mit dem Fortschreiten der Analyse, wurden die bestehenden Codes überprüft und falls nötig wurden neue Codes hinzugefügt. Die NVivo qualitative Datenanalyse-Software wurde benutzt, um die systematische Erfassung und Kodierung von Konzepten zu ermöglichen. Die Interpretation der Daten erfolgte vom ganzen Forschungsteam.

Religion: Die Religion wird als Bewältigungsmöglichkeit der Depression gesehen. Vor allem Afrokaribische TN erläuterten eine ausgeprägte Beziehung mit Gott. Für diese ethnische Gruppe wird die Religion als zentraler Aspekt in der Beseitigung einer Depression angesehen. Sie erklären auch, dass durch eine Absenz der Beziehung mit Gott und dem Mangel von Glauben an Gott die Leidenszeit verlängert.

Für einige Südasiaten ist das Benutzen von Tempeln ein signifikanter Aspekt ihres Lebensstils. Meditation, Tempelbesuch und Gebete werden als wichtige Aspekte betrachtet, einen Sinn für Frieden und Ruhe zu empfinden.

Die TN welche von den Tageszentren rekrutiert worden sind, erleben diese Dienstleistung eines Tageszentrum oder Mittagstisches als positiv, um herauszugehen, andere Leute zu treffen und den sozialen Kontakt aufrechtzuerhalten.

Ergebnisse

Selbsthilfe: Die Mehrzahl der TN erläuterten, dass der Anstoss für die Bekämpfung einer Depression von einem selbst kommen sollte und dass man selbst wollen muss, eine Depression 100% bekämpfen zu können. Formelle und informelle Unterstützung wird als sekundär oder teilweise sogar als unbedeutend empfunden. Teilnehmer der drei Gruppen sprachen über Stärke von inneren Ressourcen und die Notwendigkeit der Selbstmotivation und den positiven Einstellungen.

Der Glaube daran, dass man sich selbst helfen muss, wurde in den kognitiven Strategien, um eine Depression zu bekämpfen, erläutert. Einige Südasiaten erläuterten, dass es wichtig sei, die Lebensansichten anzupassen. Die meist genannte kognitive Strategie war die Copingstrategien, Dinge zu unternehmen, welche den Kopf und die Seele von negativen Gedanken und Sorgen freimachen.

Alle ethnischen Gruppen erläuterten die Erkenntnis, dass es schlecht sei, „alle Tage die 4 Wände anzustarren“ und dass es für sie wichtig sei, herauszugehen. Vor allem die Afrokaribier sowie die Südasiaten repräsentiert das „Nach draussen gehen“ eine Gelegenheit ihre psychische Gesundheit zu verbessern.

Es gab jedoch auch Teilnehmer, welche sagten, dass eine Depression das Individuum unfähig macht, darüber hinwegzusehen, da die Depression ein grosses Loch an Motivation und Energie mit sich bringt und der Versuch, aktiv zu sein oder sich anzustrengen, oftmals scheitert. Betroffene sind oft von schmerzhaftem Leiden überwältigt.

Soziale Unterstützung

Familie: V.a. die Südasiaten, aber auch die anderen, bestätigten dass die Unterstützung der Familie eine wichtige Rolle in der Versorgung und der Bewältigung einer Depression spielt. Dabei wurde die Zeit, die man mit Familienmitgliedern verbringt sowie die emotionale Unterstützung (Zuhören, Ermunterung, Ratschläge), genannt.

Gesundheitswesen. Es kann gesagt werden, dass es keine ethnischen Unterschiede in den Aussagen über die soziale Unterstützung gibt.

Freunde: Soziale Interaktion wurde als sehr wertvoll empfunden.

Gesundheitswesen:

Allgemeinärzte: nicht näher beschrieben, da nicht relevant für unsere Arbeit.

Medikation: TN von allen ethnischen Gruppen befürworteten die Medikation in der Behandlung einer Depression, wobei die Anzahl weissen Briten diese Aussage am meisten vertreten haben. Eine Medikation wird meistens als temporär betrachtet, wobei nur die Minderheit gesagt hat, dass eine Medikation konstant eingenommen werde. Die grösste Angst vor der Medikation sei die Angst vor Abhängigkeit.

Beratung: In der Gruppe der TN, welche an einer Depression leiden, wurde ein grosser Vorteil in der Beratung gesehen. Vor allem TN aus der afrokaribischen Kultur teilten diese Meinung.

Die TN aus der südasiatischen Kultur waren hingegen eher verwirrt über die exakte Rolle des Beraters. Ein Skepsis und Besorgnis über Beratung war in dieser Kultur bemerkbar, da der Glaube besteht, persönliche Probleme mit „Fremden“ zu besprechen, unangemessen sei.

Psychiater: Nur einer von zehn TN schlägt die Hilfe eines Psychiaters im Falle einer Depression vor. Mit der Medikation zusammen wurde die Hilfe eines Psychiaters als ernsthafte Situation und als eher negativ betrachtet und somit wurde die Stigmatisierung wiederum zu einem Thema. Die Personen, welche einen Psychiater regelmässig konsultieren, haben jedoch erläutert, dass die Begleitung seinerseits und die Möglichkeit, offen über ihren Zustand zu sprechen, sie beruhigt hat.

Diskussion

- Die Resultate zeigen die Komplexität der Arbeit mit Depression im Alter in verschiedenen Kulturen auf.
- Eigenverantwortung und die Selbsthilfe steht in der Bewältigung von Depression laut Aussagen der TN über alle anderen Strategien.
- Es ist noch zu wenig über die Wirksamkeit von Selbsthilfe-Strategien bekannt
- Aber ein Ziel von Public Health sollte eben auch sein, dass die Art von Depression auf Hilfe von Aussenstehenden sowie Dienstleistungen.
- Im Alter sollen Verhaltensstrategien für eine verbesserte soziale Interaktion und Aktivität noch vermehrt gefördert werden.

<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Forschung zu dieser Thematik herrscht 	
Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): „Beurteilung einer qualitativen Studie.“	
Glaubwürdigkeit 7/8	<p>Es wurde mit einem Ziel gearbeitet, welches in der Einleitung beschrieben wird. Der Ansatz der Grounded Theory wurde als Design benutzt, wird aber nicht näher begründet. Eine sorgfältige Literaturrecherche zu den relevanten Themen wurde vor der Durchführung dieser Studie gemacht. Die Teilnehmer wurde passend zum Forschungsziel ausgewählt und begründet, warum das Forschungsteam die Stichprobe nicht aus psychiatrischen Gesundheitsdiensten genommen hat. Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden genügend beschrieben, jedoch über die Perspektiven des Forschungsteam ist wenig bekannt. Die Datensammlung wird ausreichend beschrieben und erfolgte bis zur Sättigung. Die Analyse der Daten erfolgte mittels Codes und Themen anhand einer Software. Die Analyse stützt sich auf weitere Literatur.</p>
Aussagekraft 1/2	<p>Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben; es wurde unter anderem mit Zitaten gearbeitet. Die Nachvollziehbarkeit hätte etwas besser strukturiert werden können, da sie etwas sprunghaft von Ergebnis zu Ergebnis hüpfen. Angaben über die Bestätigung der Ergebnisse wurden keine gemacht.</p>
Anwendbarkeit 1.5/2	<p>Die Ergebnisse helfen dem Leser, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen und ihre kulturelle Bedürfnisse zu verstehen. Die Studie ermöglicht es, die Haltungen und Meinungen dieser drei ethnischen Gruppen näher zu verstehen und kennenzulernen. Die Limiten der Studie sind aber, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden kann und deshalb gibt es nicht allzu konkrete Möglichkeiten der Anwendung.</p>
Gesamtbewertung	<p>9.5/12 Punkten, Studie wird in Arbeit miteinbezogen.</p>

Wilson, D.W. (2010). Culturally competent psychiatric nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010 (17), 715-724.

USA

Ziel/Fragestellung

Das Ziel der Studie war es, Beschreibungen über die Charakteristik einer kulturell kompetenten psychiatrischen Pflege von beiden (Klienten- und Pflegefachpersonen-) Perspektiven zu erhalten.

Design: qualitatives Design, Face-to-face Interviews und selbstausfüllender Fragebogen

Setting: Eine psychiatrische Klinik und ein Universitätsspital half für die Rekrutierung der potenziell geeigneten Patienten für die Studie. Die Pflegefachpersonen wurden von verschiedenen psychiatrischen Settings in einer Stadt in Nordostamerika rekrutiert.

Stichprobe: 40 Pflegefachpersonen und 15 Klienten (1 Klient wurde ausgeschlossen, da wahnhaft)

Methode

Die Einschlusskriterien der geeigneten Patienten fürs Interview waren die folgenden: Afro-Amerikaner, eine psychiatrische Diagnose im Hintergrund, zwischen 18 und 64 Jahre alt, kognitive Fähigkeit/ Vermögen, vollkommen an der Studie teilzunehmen.

Die Einschlusskriterien der geeigneten Pflegefachpersonen für den Fragebogen: Registrierte Pflegefachperson, die schon in einer psychiatrischen Gesundheitsinstitution mit Klienten aus unterschiedlichen Kulturen gearbeitet (einschliesslich Afro-Amerikaner).

Es wurden Face-to-Face-Interviews mit den geeigneten Patienten durchgeführt, um persönliche Informationen zu erhalten. Die Interviews dauerten ca. 1-1.5 Std.

Aufgrund der Schwierigkeit, Pflegefachfrauen zu finden, die bereit waren ein Interview zu geben, wurde ein Fragebogen, welcher s/s ausgefüllt werden konnte, abgegeben. Der Fragebogen beinhaltete geschlossene sowie offene Fragen.

Die Analyse der Daten folgte wie folgt: Vorerst wurden die Interviews transkribiert, dann wurden Konzepte anhand der Daten herausgearbeitet, Kategorien wurden kreiert, dann ein Zusammenhang zwischen einzelnen Kategorien vollzogen und schlussendlich die Ergebnisse mit der Literatur in Verbindung gebracht. Deskriptive Statistik wurde benutzt, um die Antworten der geschlossenen Fragen des Fragebogen für Pflegende zu beschreiben und zusammenzufassen. Um Genauigkeit der Studie sicherzustellen, wurden die Kriterien bzgl. Der Glaubwürdigkeit, der Angemessenheit sowie der Übertragbarkeit von Sandelowski (1986) benutzt.

Schriftliche Einwilligung aller Teilnehmer wurde eingeholt.

Ergebnisse

- Encouraging and reassuring me

- psychiatrische Krankheit beeinträchtigt Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl. Um zu erfassen, wie sich Klienten fühlen und sich wahrnehmen, muss mit dem kulturellen Kontext versanden werden. Aufgrund einer Geschichte von Diskrimination, Rassismus, Unterdrückung und Armut, wird das negative Selbstbild durch eine Krankheit wie Depression verinnerlicht.

- Des weiteren sagten TN, dass eine Hospitalisation zu einer Hinterfragung ihres eigenen Wertes, Selbstwertgefühls und zur Isolation führte. Ein Sinn von Diskonnektion und Trennung/Abkapselung und führe zu einer kulturellen Entfremdung und später dann zur Ablehnung. → deshalb Bedürfnis von Klienten an PP: Mut machen, Beruhigung, Bestätigung geben. (Reassurance) Pat. Braucht Aufmunterung seitens der Pflegenden.

- Speaking up for me (sich für jemanden einsetzen)

- nicht speziell an die kulturellen Bedürfnisse gerichtet, sondern Bedürfnisse die generell von einer PP erwartet wird :nicht nur kulturspezifisch, sondern sich allgemein für den Klienten einsetzen.

- ausserdem sagten die Klienten, dass sie Bereitschaft zeigten, auf Entscheidungskontrolle in Situationen, welche sie selbst nicht managen können, zu verzichten. Dieses Verhalten zeigt ein externer „Locus-of-control“ (externe Kontrolle)

- Praying for me (spirituality and religion)

Selbstmanagement der psychiatrischen Erkrankung: Glaube an Gott und die Wichtigkeit des Betens in ihrem alltäglichen Leben (Speziell im afro-amerikanischen Leben) → Kraft in Spiritualität und im Beten finden → D.h. Bedürfnis beten zu können. Einige TN äusserten, dass sie enttäuscht waren vom Fehlen der Sensibilität seitens der Pflege in Bezug auf ihre spirituellen Bedürfnisse. Die TN führten dies auf einen anderen Glauben oder auf eine ungleiche Stärke des Glauben zu.

- Nurse's role

TN äusserten, dass die Rolle der Pflege sehr wichtig sei für sie. Die TN sehen jedoch die Pflegeperson als die Person mit keiner Autorität an; es sei die Person, welche die Medikamente verabreicht. Es ist der Doktor, der weiss, was zu tun ist. Auf die Frage, wie die Pflegefachleute auf die anderen Aspekte der Pflege, vor allem auf die kulturellen Bedürfnisse, eingehen, wurden Körperhygiene sowie die Ernährungsweise genannt.

Aus Pflegefachpersonalperspektive

- 92% der befragten Personen haben angegeben, dass sie die Wahrnehmung von Afro-Amerikanischen Klienten im Bezug auf eine psychiatrische Krankheit verstehen.
- Äusserten, dass die afro-amerikanischen Klienten die psychiatrische Krankheit als Schwäche empfinden würden
- Fluch, Zauber oder Strafe
- 92% geben an, dass sie die Wichtigkeit der Familie erkennen im Bezug auf die psychische Gesundheit und äussern, dass die Familien in die Pflegeentscheidungen miteinbezogen werden sollen, auch wenn einige Familien psychiatrische Erkrankungen negativ wahrnehmen.
- Cultural knowledge and skills: Von Klienten wird erwartet, dass sie Gedanken und Gefühle bzgl. Ihrer Krankheit mitteilen, um bei der Problemlösung helfen zu können. Nur 50% der PP äusserten, dass die Klienten über ihre Wahrnehmung und Gefühle sprechen wollen.
- Culturally competent psychiatric nursing care
93% der befragten PP äusserten, dass sie kompetente kulturelle Psychiatriepflege leisten (kulturell kompetent.). Jedoch weitere Analysen der Antworten bzgl. Spezifischen Items haben gezeigt, dass eine Lücke in der transkulturellen Pflege besteht. Nämlich 79% der TN haben gesagt, dass Barrieren zum Zugang von psychiatrischen Gesundheitsversorgungen bestehen. 22% der Pflegenden haben grosse Armut nicht in Verbindung mit psychischen Erkrankungen gemacht und 25% haben den Zusammenhang mit geringen Bildungsniveau und der psychischen Gesundheit nicht gemacht. Ausserdem haben gesagt, dass sie denken, dass die Afro-Amerikaner einen guten Zugang und genügend Ressourcen haben. 28% der befragten Pflegefachpersonen gaben zur Antwort, dass sie nicht glauben, dass psychiatrische Pflege von Rassismus, Vorurteilen und Diskrimination betroffen ist.
Generell haben die Pflegefachpersonen kulturell kompetente Psychiatriepflege so definiert: Feinfühlige Pflege, welche kulturelle Differenzen des Patienten, Schwierigkeiten und Herausforderungen, Rolle der Familie und Volksmittel berücksichtigen. So nennen sie die Wichtigkeit, Selbsterfahrung, Selbstbewusstsein und das Verständnis des Einflusses der eigenen Einstellungen, Vorstellungen und Werten bzgl. Patientenpflege zu berücksichtigen.

Diskussion und Schlussfolgerung

- Der Grossteil der befragten TN gaben an, dass die Spiritualität und Religion eine grosse Rolle im Bezug auf die psychiatrische Krankheit spielt.
- Obwohl direkte Fragen bezüglich der Kultur gestellt wurden, war die Kultur an und für

<p>sich nicht direkt in ihren Beschreibungen erklärt worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kultur ist ein wichtiges Konzept, welches aber von uns nicht sehr leicht zu erfassen ist. Die Autoren nennen diesen Grund, weshalb die Kultur nicht näher beschrieben wurde. • Die Haltung, das Wissen, die Qualifikation und die Rolle der Pflegenden bezüglich einer kompetenten transkulturellen Psychiatriepflege sind eine sehr komplexe Angelegenheit. Viele PP glauben, transkulturell kompetente Pflege zu leisten, obwohl noch ein Mangel besteht. • Die Klienten haben eine wichtige Intervention genannt: Die Kulturvermittlung. Pflegefachpersonen können diese Intervention gebrauchen, um transkulturell kompetente Pflege zu liefern. Kulturelle Vermittlung bedeutet, sich für den Klient einsetzen, zu vermitteln, zu verhandeln, und zu intervenieren zwischen der Kultur des Klienten sowie der biomedizinischen Gesundheitskultur im Namen des Patienten. • Die kulturell kompetente Pflege wird von der Einstellung, vom Wissen, vom Engagement, vom Wille, kulturell kompetente Pflege zu leisten, Fähigkeiten und Rollen der Pflegefachperson beeinflusst. <p><u>Empfehlungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoren sagen, dass man als Professionelle am meisten von der Klientenperspektive lernen kann, da sie als reiche Quelle von Informationen über ihre eigene Kultur gelten • Pflegefachpersonen sollen genau auf die Stimmen der Klientel hinhören, um die kulturellen Bedürfnisse zu verstehen <p>Schlussfolgerungen: Die Haltung, das Wissen, die Fähigkeiten und die Rolle in der kulturellen Pflege von Pflegefachpersonen ist ein komplexes Thema.</p>	
Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): „Beurteilung einer qualitativen Studie.“	
Glaubwürdigkeit 7/8	<p>Das Ziel der Studie ist klar beschrieben. Das Design ist beschrieben (Face-to-Face-Interviews). Eine Literaturrecherche wurde vor der Durchführung der Studie gemacht. Anhand von 2 unterschiedlichen Teilnehmergruppen konnten 2 Perspektiven (was dem Ziel der Studie entspricht) betrachtet werden und auch die Auswahl dieser beiden Gruppen ist begründet. Die Teilnehmer und ihr Umfeld ist eindeutig beschrieben und wird auch anhand den Einschlusskriterien der Studie verdeutlicht. Über das Forschungsteam ist wenig bekannt, es wird auch nicht geschildert, wer die Interviews mit den Patienten durchgeführt hat. Die Datenanalyse erfolgte anhand Kategorien und Themen. Die Fragebogen wurden mittels deskriptiver Statistik gemacht. Die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.</p>
Aussagekraft 2/2	<p>Die Ergebnisse sind in Hauptthemen kategorisiert, ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Die Ergebnisse wurden dank den Kriterien nach Sandelowski (1986) überprüft.</p>
Anwendbarkeit Punkte 1.5/2	<p>Dank der Studie kann verstanden werden, auf welche Themen und Aspekte in der transkulturellen psychiatrischen Pflege besonders geachtet werden muss. Diese Ergebnisse können insofern übertragen werden, dass man als Pflegenden den verschiedenen Aspekten, welche die Gruppe der Patienten genannt haben, Rechnung trägt. Die Resultate können jedoch nicht verallgemeinert werden und müssen deshalb weiterhin in anderen Forschungen untersucht werden.</p>
Gesamtbewertung	<p>10.5/12. Punkte, somit wird die Studie in die Arbeit miteinbezogen.</p>

H) Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Studien

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen		
Artikel:		
Darstellung des Problems und des Ziels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	

Hypothese(n) oder Forschungs- Frage(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	
Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? 2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? 3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist? 4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet? 5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Forschungs- design	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? 	
Interne Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? 	
Externe Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? 	

Methoden	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	
Rechtlich-ethische Probleme	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	
Instrumente	<p>1. Physiologische Messungen</p> <p>a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde?</p> <p>b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden</p> <p>a) Wehr führte die Beobachtungen durch?</p> <p>b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</p> <p>c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen?</p> <p>d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten?</p> <p>e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews</p> <p>a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</p> <p>b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen</p> <p>a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p>	

	<p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <p>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht?</p> <p>b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	
Reliabilität und Validität	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	
Datenanalyse	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien?</p> <p>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</p> <p>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p> <p>c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und</p>	

	<p>/oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein? 5. Welche Verallgemeinerungen gibt es? 6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus? 7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert? 	
<p>Anwendung und Verwertung in der Praxis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? 3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden? 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? 6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden? 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? 	

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

LoBiondo-Wood und Haber (2005)

I) Zusammenfassungen der quantitativen Studien

Ghane, S., Kolk, A.M. & Emmelkamp, P.M. (2010). Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010, (45), 175- 182.

Niederlande

Ziel/Fragestellung

Ziel der Studie war zu erforschen, ob die Herkunft des Interviewers Einfluss darauf hat, wie der Patient sein Erklärungsmodell schildert. Im Zentrum sind dabei folgende Fragestellungen:

- a) Berichten Patienten aus ethnischen Minderheiten über unterschiedliche Erklärungsmodelle, wenn der Interviewer aus der selben oder einer anderen Ethnie stammt?
- b) Woher stammt dieser Einfluss? Ist es die soziale Erwünschtheit (social desirability), das erlebte Verhältnis/Kontakt mit dem Interviewer oder die Unsicherheit bezüglich des eigenen Erklärungsmodells?

Design

Es wird kein Design genannt, nur die Methode erklärt. Laut den Angaben lässt sich die Studie jedoch den Korrelationsstudien zuteilen.

Setting Die Teilnehmer wurden in zwei psychiatrischen Ambulatorien in Rotterdam rekrutiert.

Stichprobe

Patienten: 55 Patienten aus türkischer und marokkanischer Abstammung, welche folgende Kriterien erfüllten: Alter: über 18 Jahre alt; Migrationshintergrund: Mindestens ein Elternteil musste türkischer oder marokkanischer Herkunft sein; Vorhandensein einer DSM-IV Diagnose: Schwere Depression, Dysthymie oder Angststörung bei der Aufnahme.

Eingeschränkte niederländische Sprachkenntnisse waren kein Ausschlusskriterium, in diesen Fällen wurde ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen. Dies war bei insgesamt 12 Teilnehmern der Fall, was 48% der zweiten Gruppe betraf.

Interviewer: Es nahmen insgesamt 17 Interviewer an der Studie teil. Davon waren 10 niederländische Einheimische, die anderen 7 stammten aus Marokko oder der Türkei. Alle niederländischen Interviewer waren Abgänger eines Studiums in klinischer Psychologie. Unter den aus der Türkei oder Marokko stammenden Interviewern waren 3 Psychologiestudenten, die übrigen waren Absolventen eines Sozialwissenschafts- oder Wirtschaftsstudiums.

Methode

Die Interviewer erhielten ein zweitägiges Training, in welchem die Forschungsprozedur und vor allem das Interview-Protokoll diskutiert wurden.

Patienten wurden randomisiert (nach Geschlecht und Diagnose) und einer von zwei Gruppen zugeteilt:

- 1) Gruppe „Match condition“: Der Interviewer hatte den selben ethnischen Hintergrund (Türkei oder Marokko) wie der Teilnehmer.
- 2) Gruppe „Mismatch condition“: Der Interviewer war niederländischer Einheimischer.

Die Teilnehmer wurden zuerst über die Prozedur aufgeklärt und unterschrieben die erhaltene Information, bevor das Interview durchgeführt wurde. Dabei handelte es sich um ein semistrukturiertes Interview, bei welchem die Erklärungsmodelle in 11 verschiedene Ursachenkategorien eingeteilt wurden (siehe Instrument).

Instrument:

Die Erklärungsmodelle wurden anhand des Explanatory Models Interview Catalogue (EMIC) erfasst.

Ergebnisse

Aufgrund der verschiedenen Grade an Akkulturation der Teilnehmer haben sich signifikante Unterschiede herauskristallisiert, was die Kategorien der Ursachen betrifft.

a) Patienten, welche von einem Interviewer befragt wurden, der aus der selben Ethnie stammt (match condition) , nannten interpersonelle, Schikane/Betrügerei (victimization) und religiöse/mystische häufig als Ursache ihrer Erkrankung.

Patienten, welche von einem niederländischen Interviewer befragt wurden, nannte vorwiegend eine medizinische Ursache.

b) Laut den Ergebnissen wurden diese Effekte nicht durch das Verhältnis zum Interviewer herbeigeführt und soziale Unerwünschtheit hatte einen mässigen Einfluss auf die Resultate. Patienten, welche sich unsicher äusserten und nicht wussten, ob sie die Ursache ihrer Erkrankung medizinischer oder religiöser/mystischer Natur zuordnen sollen, entschieden sich schlussendlich für das medizinische Erklärungsmodell.

Die Präsenz von Dolmetschern (bei Sprachschwierigkeiten) zeigte keine Auswirkung auf das Erklärungsmodell. Zusätzlich konnten keine Unterschiede bei Erklärungsmodellen von türkischen und marokkanischen Teilnehmern festgestellt werden.

Patienten der Gruppe „match condition“ schienen sich als weniger akkulturiert zu fühlen als diejenigen in der „mismatch condition“.

Diskussion und Schlussfolgerung

Diese Studie liefert Evidenz für die Wirkung von ethnisch gleichen oder fremden Interviewern auf die Erklärungsmodelle von psychiatrischen Patienten mit türkischem oder marokkanischem Migrationshintergrund. Auch wenn der genaue Mechanismus dahinter noch unbekannt scheint, hat diese Studie signifikante Implikationen für die klinische Forschung und Praxis. Forscher müssen sich dieser Wirkungen bewusst sein. Bei Interviews, bei welchen die Befrager aus der selben Ethnie stammen wie die Teilnehmer, kann davon ausgegangen werden, dass realitätsnähere bzw. valide Ergebnisse erfasst werden können, da hierbei das Risiko reduziert wird, dass Teilnehmer ihre Erklärungsmodelle den sozial erwünschten Kriterien ihres Gastlandes anpassen. Weitere Forschung in diesem Bereich ist jedoch notwendig.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels Punkte: 1/1	Das Problem wird klar anhand von verschiedenen Studien und Literatur beschrieben. Das Ziel ist ebenfalls klar definiert: Die Erforschung der Wirkung von der Ethnie des Interviewers auf die Erläuterung des Erklärungsmodells von psychiatrischen Patienten mit türkischer oder marokkanischer Herkunft.
Literaturrecherche theoretischer Bezugsrahmen Punkte: 1/1	Die Literaturrecherche sowie der theoretische Bezugsrahmen beziehen sich speziell auf migrationsspezifische Aspekte wie beispielsweise die Akkulturation sowie die Wichtigkeit und Auswirkungen der Erklärungsmodelle. Ausserdem stellen sie Resultate von älteren Studien vor, welche mit den selben Kulturgruppen durchgeführt wurden.
Hypothesen / Forschungsfragen Punkte: 1/1	Einerseits soll erfasst werden, ob die Patienten (aus türkischer und marokkanischer Abstammung) das Erklärungsmodell ihrer Krankheit anders schildern, wenn der Interviewer aus der selben Ethnie stammt oder nicht. Zusätzlich wollten die Forscher Einflussfaktoren erfassen, welche diese Unterschiede beeinflussen.
Stichprobe Punkte: 0.5/1	Bei der Stichprobe handelt es sich um insgesamt 55 Patienten von zwei psychiatrischen Ambulatorien in Rotterdam mit türkischer oder

	marokkanischer Herkunft. Die Auswahl- und Ausschlusskriterien werden klar geschildert, sowie weshalb die zwei Kulturgruppen ausgewählt wurden. Das Profil der Interviewer wird ebenfalls beschrieben. Die Anzahl der Teilnehmer ist mässig, uneinheitlich ist jedoch das Profil der Interviewer: Psychologie-, Sozialwissenschaft- und WirtschaftsabsolventInnen.
Forschungsdesign Punkte: 0/1	Die Autoren definieren das Forschungsdesign nicht, sie beschreiben „nur“ die Methode. Der Methode nach lässt sie sie als Korrelationsstudie identifizieren.
Interne Validität Punkte: 0.5/1	Die Grösse der Stichprobe kann nicht bemängelt werden. Bias könnten jedoch rein bei der Form der Erhebung aufgetreten sein: Die Interviewform könnte bei den Teilnehmern eine einschüchternde Wirkung hervorgerufen haben, da sie die Interviewer zuvor noch nie gesehen hatten und es sich um ein sensibles und intimes Thema handelt. Sehr wahrscheinlich um dieses Problem zu reduzieren, haben die Autoren den Teilnehmern geschlechtsgleiche Interviewer zugeordnet. Das Analyseverfahren ist logisch und mit evidenzbasierten Methoden strukturiert.
Externe Validität Punkte: 1/1	Wie bei allen transkulturellen Studien ist die Verallgemeinerung der Resultate nicht möglich, deswegen gibt es hier keinen Punkteabzug. Die Folge davon wäre eine Stereotypisierung, die unbedingt vermieden werden muss. Das Erklärungsmodell wird durch diverse Faktoren beeinflusst (wie beispielsweise den Grad an Akkulturation), der kulturelle Hintergrund ist dabei nur einer davon.
Methode Punkte: 1/1	Die Methode erfolgte anhand eines semi-strukturierten Interviews; bei sprachlichen Barrieren wurde ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen. Nach dem Interview füllte jeder Teilnehmer zwei Fragebogen zur Erfassung der empfundenen sozialen Erwünschtheit und dem Mass an Akkulturation.
Rechtlich-ethische Probleme Punkte: 1/1	Die Teilnehmer wurden über das Vorgehen informiert und konnten über die Teilnahme am Projekt zustimmen oder nicht. Das Studiendesign wurde durch das ethische Komitee der Universität Rotterdam begutachtet.
Instrumente Punkte: 1/1	Die Erklärungsmodelle wurden anhand des Explanatory Models Interview Catalogue (EMIC) erfasst und die genannten Kausalfaktoren (insgesamt wurden 46 genannt) in 11 Kategorien gruppiert. Die in der vorliegenden Studie verwendete Version basiert auf einer zu früherem Zeitpunkt entwickelte Version für die türkische Kultur. Diese wurden darauf für türkische und marokkanische Patienten angepasst. Die Anpassung beinhaltete das Hinzufügen von zusätzlichen Elementen, welche auf die Resultate einer Literaturrecherche und Kulturexperten basieren. Laut Autoren hätten frühere Studien ähnliche Erklärungsmodelle der beiden Kulturen (Türkei und Marokko) festgestellt. Zum Schluss verliess der Interviewer den Raum und die Teilnehmer füllten zwei Fragebogen aus: Den Balanced Inventory of Desirable

	Responding (BIDR) zur Erfassung der empfundenen sozialen Erwünschtheit sowie den Lowlands Acculturation Scale (LAS) um das Mass an Akkulturation zu erfassen. Die sozio-demographischen Charakteren wurden zum Schluss erfasst.
Reliabilität und Validität Punkte: 1/1	Die Studie zeigt eine evidenzbasierte Wirkung der Ethnie des Interviewers auf die Schilderung des Erklärungsmodells des Patienten. Der dahinter steckende Mechanismus konnte jedoch nicht eruiert werden. Bezüglich der Validierung der Teilnehmer kann gesagt werden, dass die Teilnehmer zum Schluss den Wert ihrer Kategorie schätzten, damit eine genaue Auswertung erfolgen konnte. Für die Werteinschätzung der Kategorie verwendeten die Autoren evidenzbasierte Messinstrumente.
Datenanalyse Punkte: 1/1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Regressionsanalyse für jede Kategorie (von genannten Ursachen) 2) Konventionelles MANCOVA → wird in den Resultaten nicht erläutert.
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen Punkte: 1/1	Die Studie zeigt evidenzbasiert, dass Patienten aus türkischer oder marokkanischer Herkunft ihr Erklärungsmodell anders beschreiben, wenn der Interviewer ein Landsgenosse ist oder nicht. Die Anwendung erweist sich besonders für transkulturelle Forschung als relevant, um so auf möglichst valide Ergebnisse zu kommen. Weitere Studien sollten den Schwerpunkt auf die Erklärung dieses Wirkungsmechanismus legen.
Anwendung und Verwertung in der Praxis Punkte: 0.5	Nebst den relevanten Ergebnissen für die transkulturelle Forschung kann für die Praxis folgendes abgeleitet werden: Falls sich im Team Personen mit dem selben ethnischen Hintergrund befinden, sollten diese zur Bezugspersonen ernannt werden. Ist dies nicht der Fall, so können Gesundheitsfachleute mit diesem Hintergrundwissen das Erklärungsmodell des Patienten mit Vorsicht angehen. Auch wenn der Patient seine Erkrankung medizinischer Ursache zuteilt, so könnte es sein dass er dies bloss aus Anpassungsgründen aussagt, obwohl sein Erklärungsmodell anders aussieht.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 11,5 von 14 Punkten und wird somit in die Literaturübersicht miteinbezogen.

Heredia Montesinos, A., Rapp, MA., Temur-Erman, S., Heinz, A., Hergerl, U., Schouler-Ocak M., (2012): The influence of stigma on depression, overall psychological distress and somatization among female turkish patients. *European Psychiatry*, (27), 22-26.
Deutschland

Ziel/Fragestellung

Der Zusammenhang zwischen stigma, depression, allgemeinspsychologischem Leid und somatischen Symptomen analysieren.

Es wurden 2 **Hypothesen** aufgestellt (vorher):

- 1.) Depression und allgemein psychologisches Leid stehen im Zusammenhang mit somatischen Symptomen.
- 2.) Stigma steht in Verbindung mit Depression und allgemeinem psychologischen Leid.

Design: quantitativ, Korrelationsstudie

Setting: psychiatrische ambulante Klinik der psychiatrischen Universitätsklinik St.Hedwig Spital in Berlin

Stichprobe: Das Total der Stichprobe war 63 weibliche Patientinnen mit türkischer Abstammung sowie einer diagnostizierten Depression der ambulanten Klinik der psychiatrischen Universitätsklinik von Berlin. Ausschlusskriterien waren Komorbidität mit Schizophrenie, Substanzabusus, wahnhafte Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Demenz sowie schwere somatische Erkrankungen.

Methode:

Es wurden verschiedene Messungen durchgeführt, um die Korrelationen zwischen einzelnen Themen zu erfassen.

- 1.) Soziodemographische Messungen wurden anhand von Face-to-Face Interviews gesammelt. Die TN konnten selbst auswählen ob sie die Interviews in der deutschen oder in der türkischen Sprache durchführen wollten sowie ob das Interview bei ihnen zuhause, in der Klinik oder in einem türkischen Gesellschaftszentrum stattfinden sollte. Folgende sozio-demographischen Daten wurden erfragt: Alter, Bildungsniveau, Einkommen, Zivilstand, Anzahl Kinder, Herkunftsregion (städtisch vs. ländlich) und Anzahl Jahre in Deutschland.
- 2.) Stigma Scale Aus dem Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC) wurde die Stigma-Skala ausgewählt. Diese Skala beinhaltet verschiedene Gebiete des Lebens, welche mit Stigmas befallen sein könnten. Da diese Skala weder in deutscher noch in türkischer Sprache existierte, wurde sie in beide Sprachen von professionellen Übersetzer übersetzt.
- 3.) Beck Depression Inventory II: Hierbei handelt es sich um ein Selbsteinschätzungsinstrument, um den Schweregrad der Depression zu messen. Das Instrument beinhaltet 21 Elemente, welche mit einer depressiven Symptomatik, physischen Symptomatik und Kognitionen einhergehen. Die Resultate werden hierarchisch nach sehr schwerer Depression zu leichter Depression eingeteilt.
- 4.) Screening for Somatoform Symptoms II: Ein Selbsteinschätzungsinstrument für 53 somatische Symptome. Es beinhaltet alle 33 physischen Beschwerden der Liste der „somatischen Störung“ laut DSM-IV.
- 5.) The Symptom Checklist-90-Revised: ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, welches die generelle psychiatrische Symptomatik mit 90 Elementen misst. Dieses misst das allgemeine psychologische Leid.

Mit diesen 5 Instrumenten wurden also die Daten gesammelt. Die statistische Analyse erfolgte mittels SPSS. Anhand der Korrelationen von Pearson wurde die Verbindung zwischen den verschiedenen Skalen gemacht. Um den Einfluss des Schweregrads der Depression mit der Verbindung von Stigma und somatischen Symptomen zu beachten, wurde die Stichprobe gemäss des Schweregrads der Depression jeder einzelnen Teilnehmerinnen in zwei Gruppen aufgeteilt.

<p>Ergebnisse: Sozio-demographische Ergebnisse haben ergeben: Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 48.2 Jahre, Alle Teilnehmer sind in der Türkei geboren, die meisten von ihnen sind im Erwachsenenalter nach Deutschland immigriert. Nur die Minderheit von 11% ist in der Kindheit oder im Jugendalter immigriert. Wechselwirkung von Stigma, Depression, allgemeinen psychologischen Leid und somatischen Symptomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Signifikante Korrelation zwischen Depression und allgemeinem psychologischen Leid 2.) Signifikante Korrelation zwischen Depression und somatischen Symptomen 3.) Signifikante Korrelation zwischen allgemeinem psychologischen Leid und somatischen Symptomen 4.) Signifikante Korrelation zwischen Stigma und Depression 5.) Stigma und allgemeinem psychologischen Leid 6.) Keine Korrelation zwischen Stigma und somatischen Symptomen. 7.) Keine Signifikanz der Korrelation zwischen Stigma und somatischen Symptomen. 	
<p>Diskussion und Schlussfolgerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische und physische Symptome stehen in Verbindung miteinander. • Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der somatischen Beschwerden und des Schweregrads der Depression zeigt in der Studie auf, dass somatische Beschwerden einen wichtigen Aspekt der Depression sind und dass beide Typen von Symptomen eng miteinander verbunden sein. • Der Zusammenhang zwischen Stigma und dem Schweregrad der depressiven Symptomen / allgemeinen psychologischen Leid zeigt auf, dass die Patienten, welche schwerer depressiv sind oder ein schwereres psychologische Leid haben, signifikant mehr Unruhe über Haltungen von Stigmata geäußert haben. • Wahrgenommene Stigmatisierung wird nur in Bezug auf psychische Symptome gemacht und nicht auf somatische Symptome erläutert. • Die Resultate der Studie haben keine signifikante Verbindung der zwei Variablen „Stigma“ und „somatische Symptome“ ergeben. • Die Resultate zeigen die Empfehlung für Gesundheitsfachleute auf, psychische und physische Symptome bei depressiven Patienten sorgfältig und individuell zu berücksichtigen, gleichgültig ob Tendenzen zu Somatisation angenommen werden. • Verallgemeinerte Annahmen über beispielsweise die Somatisierung von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund können zu Missverständnissen, Missdiagnosen und schlussendlich wiederum zu Stigmatisierung führen. • Schliesslich muss eine individuelle Betreuung und Behandlung gewährleistet werden, unabhängig von kulturellem Hintergrund und Annahmen über ihre kulturell-bedingten Charakteristiken. 	
<p>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen</p>	
<p>Darstellung des Problems und des Ziels 1/1</p>	<p>Das Ziel wird im Einleitungskapitel geschildert und mittels beschriebener Literaturrecherche wird die Problematik definiert.</p>
<p>Literaturrecherche theoretischer Bezugsrahmen 1/1</p>	<p>Die relevanten theoretischen Themen werden im Einleitungskapitel beschrieben. Die Beziehungen werden anhand Literatur in Form von Hypothesen für diese Studie beschrieben. Der Widerspruch der verschiedenen Literatur, ob es einen Zusammenhang zwischen</p>

	somatischen Beschwerden und Stigma gibt, wird erläutert und aufgrund dieses Widerspruchs wird keine Hypothese zu diesem Zusammenhang erfasst.
Hypothesen Forschungsfragen 1/1	Es werden zwei Hypothesen beschrieben. Diese sind angemessen und verständlich formuliert. Forschungsfragen sind keine gestellt worden.
Stichprobe 1/1	Die Stichprobenbildung erfolgte anhand Ein- und Ausschlusskriterien.
Forschungsdesign 0.5/1	Das Forschungsdesign könnte etwas klarer beschrieben sein. Die verschiedenen Instrumente zur Datensammlung werden alle im Detail beschrieben, jedoch fehlt die exakte Angabe, was für ein Design für die Studie benutzt wurde. Aufgrund anderer Angaben wird das Forschungsdesign von mir abgeleitet. Es handelt sich um eine retrospektive Korrelationsstudie, da man Beziehungen zwischen Variablen untersucht hat und zwar mittels Daten, welche rückwärts vom Zeitpunkt der Erhebung entstanden sind. Dank der Korrelationsstudie kann man Aussage über die Beziehung zwischen verschiedenen Variablen machen, jedoch kann man damit noch keinen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang beweisen.
Interne Validität 0/1	Es werden keine Angaben über die interne Validität gemacht.
Externe Validität 1/1	Es wird beschrieben, dass aufgrund der kleinen Stichprobe keine Verallgemeinerungen gemacht werden können.
Methode 1/1	Vorerst wurde ein Face-to-Face-Interview benutzt, um soziodemographische Daten zu erfassen. Dann wurden bereits existierende Skalen zur Datensammlung bzgl. Stigma, Schweregrad der Depression und Erfassung der somatischen Beschwerden benutzt. Die Datensammlung erfolgt bei allen Teilnehmerinnen gleich.
Rechtlich-ethische Probleme 1/1	Rechtliche sowie ethische Aspekte wurden in der vorliegenden Studie beachtet. Die Teilnehmer haben mit einem schriftlichen Konsens die Teilnahme gewilligt und die ethische Zustimmung erfolgt des Ethikkomitees.
Instrumente 0.5/1	Die Gründe für die Auswahl der Instrumente zur Datenerfassung sind teilweise gut beschrieben jedoch teilweise auch zu wenig erläutert. Mittels Literaturrecherche hat das Forschungsteam bereits existierende und validierte Screenings-Instrumente benutzt, die auch sonst gebräuchlich sind. Es wird jedoch nicht beschrieben, wer die Face-to-Face-Interviews mit den TN durchgeführt hat. Anzeichen für Verfälschungen durch die Interviewer sind keine vorhanden, da nur 1 Interview durchgeführt wurde und soziodemographische Daten, welche im Voraus bestimmt wurden, erfragt wurden. Die Daten wurden zur Beschreibung der Stichprobe sowie für die Überprüfung der Hypothesen verwendet.

Reliabilität und Validität 0.5/1	Zur Erhebung der Daten wurden validierte Instrumente benutzt, die auch in früheren Studien bereits benutzt wurden und im Alltag psychiatrischer Dienste gebraucht werden. Genaue Angaben über die Reliabilität werden nicht gemacht.
Datenanalyse 1/1	Anhand von deskriptiver Statistik wurden die Daten analysiert. Der Korrelationskoeffizient wird beschrieben und für jedes Ergebnis wird die Signifikanz zwischen den einzelnen Variablen verdeutlicht.
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen 1/1	Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen sind beschrieben und übersichtlich.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 0.5/1	Die Studie ist im Allgemeinen sinnvoll und ihre Schwächen bzw. ihre Stärken werden aufgezeigt. Da es sich um eine eher kleine Stichprobe handelt, können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden und man muss diese vorsichtig betrachten. Die Studie verhilft, Gesundheitsfachleute dafür zu sensibilisieren, vorsichtig mit Vorurteilen und Vorstellungen über den „kulturell-bedingten“ Ausdruck von somatischen Symptomen zu sein und sie verhilft auch, Gesundheitsfachkräfte auf mögliche Stigmatisierungen aufmerksam zu machen. Sie zeigt auf, dass eben gerade der Begriff der Kultur sehr heikel ist und je nach dem auch falsch interpretiert und falsch interpretiert werden kann.
Gesamtbewertung	Das Gesamtpunktetotal beträgt 11.5/14 Punkte und wird in die Arbeit miteinbezogen.

Ozmen, E., Ogel, K., Aker, T., Sagduyu, A., Tamar, D & Boratav, C. (2004). Public attitudes to depression in urban Turkey. The influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, (39), 1010-1016.
Türkei

Ziel/Fragestellung

- 1) Die Determination von öffentlichen Haltungen/ Einstellungen gegenüber depressiven Patienten
- 2) Die Ermittlung des Einflusses der Wahrnehmungen und Kausalattribution auf die soziale Distanzierung von depressiven Patienten.

Design

Das Design wird zwar nicht genau beschrieben, die Autorinnen klassifizieren es anhand den Informationen den Korrelationsstudien zu.

Setting

Öffentliche Befragung von in Istanbul lebenden Menschen.

Stichprobe

707 in Istanbul wohnhafte Türkinnen und Türken. Einzige Einschlusskriterien: Die Teilnehmer mussten über 15 Jahre alt sein und über physische und mentale Kompetenzen verfügen, um die Fragen zu beantworten. Ihre demographischen Daten sowie ihr Gesundheitszustand wurden vor dem Interview erfasst.

Methode

Ein Fragekatalog wurde durch das „Center for Psychiatric Resarch and Education“ entwickelt, um die Haltung gegenüber Depression zu bewerten. Die Datenerhebung erfolgte anhand Face-to-Face-Interviews. Der Fragebogen beinhaltete 10 Elemente zur Erfassung demographischer Daten und Gesundheitszustand der Teilnehmer sowie 32 Elemente zur Einschätzung der Haltung gegenüber Depression.

Der zweite Teil des Fragenkatalogs wurde aus zwei Phasen zusammengesetzt: In der ersten Phase wurde ein Fallbeispiel vorgestellt, das eine Person beschreibt, welche den Depressionskriterien nach DS-IV erfüllte. Zu diesem Zeitpunkt wussten die Teilnehmer noch nicht, dass es sich um die Diagnose Depression handelt und mussten 6 Fragen zum Fallbeispiel beantworten. In der zweiten Phase wurden die Befragten darüber informiert, dass es sich im Fallbeispiel um eine depressive Patientin handelt und mussten darauf 26 Fragen beantworten, welche den Schwerpunkt auf ihr Fachwissen und ihrer Einstellung bezüglich sozialer Distanzierung zu Depressiven legte.

Ergebnisse

- Die am häufigsten genannten Ursachen zur Entstehung der Depression waren psychosozialer Stress und eine schwache Persönlichkeit.
- Knapp die Hälfte der befragten Personen halten depressive Patienten für aggressiv und würden ihr Haus nicht einer depressiven Person vermieten.
- 25% gaben an, depressive Patienten sollen nicht frei in der Gemeinschaft leben
- Die häufigste Aussage „Depression ist eine Krankheit“, war das wichtigste Element, das an sozialer Distanzierung gekoppelt war. Dem Begriff „Krankheit“ wird Aggression, schwache Persönlichkeit sowie eine Unfähigkeit Entscheidungen zu treffen assoziiert, was zur sozialen Distanzierung führt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Mehrheit der Einwohner Istanbuls erkennen zwar, dass die Depression eine psychische Krankheit ist, jedoch sind ihre Haltung gegenüber depressiven Patienten vorwiegend negativ. Das städtische Volk hat ungünstige Haltungen gegenüber depressiven Patienten und tendieren

diese von der Gesellschaft zu isolieren. Trotz hoher Prävalenz wird die Depression in der Türkei im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und Nordamerika erheblich stärker stigmatisiert.	
Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen	
Darstellung des Problems und des Ziels Punkte: 1/1	Die Ziele der Studie werden klar formuliert. Es wird eine Beziehung zwischen den Variablen der Wahrnehmungen und Kausalattribution auf die soziale Distanzierung von depressiven Patienten untersucht. Die Population wird detailliert beschrieben, Angaben zu den demographischen Daten wird in Tabellenform aufgeführt. Ihre Diversität ist für das Forschungsziel geeignet. Die Signifikanz besteht laut Autoren für die Behandlung sowie die Stigmatisierung.
Literaturrecherche theoretischer Bezugsrahmen Punkte: 1/1	Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und frühere Studienergebnisse vorgestellt, wobei es sich vorwiegend um primäre Quellen handelt.
Hypothesen / Forschungsfragen Punkte: 0.5/1	Die Hypothesen sind nicht klar formuliert. Sie beziehen sich eine ähnliche Studie, welche sie als Literatur vorstellen. Hierbei legen sie den Schwerpunkt auf das urbane Volk. Die Variablen, welche untersucht werden sollen sind klar definiert.
Stichprobe Punkte: 1/1	Die Teilnehmer wurden passend zur Fragestellung ausgewählt, da sie unterschiedliche demographische Daten aufzeigen, welche in Tabellenform detailliert aufgelistet und beschrieben werden. Die Stichprobe ist dank ihrer hohen Anzahl an Teilnehmern repräsentativ für die Studie. Die Grenzen liegen jedoch darin, dass es sich nur um das urbane Volk handelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Resultate durch Erhebungen von auf dem Land lebenden Menschen, anders aussehen würden. Da die Autoren jedoch in der Fragestellung den Fokus auf das urbane Volk legen, kann dies nicht kritisiert werden.
Forschungsdesign Punkte: 0.5/1	Das Design der Studie wird nicht explizit beschrieben. Die Autorinnen klassifizieren sie den Korrelationsstudien zu, da der Schwerpunkt auf die Erforschung der Beziehung zwischen Variablen liegt.
Interne Validität Punkte: 1/1	Die Gefahren für die interne Validität könnte die Interviewform sein, wobei die Teilnehmer möglicherweise Hemmungen haben könnten, ihre reale Haltung zu äussern, da es sich doch um ein sensibles Thema handelt. Andererseits konnte durch diese Methode die Thematik in der Tiefe behandelt werden. Ein zusätzlich positiver Aspekt ist, dass die Teilnehmer zu Beginn (bei Vorstellen der Studie) nicht wussten, dass es sich um ein Fallbeispiel einer depressiven Patientin handelt und sie somit unvoreingenommen ins „Feld“ gingen. Was jedoch für die interne Validität spricht sind die Methoden zur Datenanalyse, nämlich eine deskriptive Analyse sowie eine logistische Regressionsanalyse.

Externe Validität Punkte: 0.5/1	Im Allgemeinen müssen solche Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden. Es handelt sich hierbei rein um die Mehrheit der Bewohner Istanbuls und kann somit nicht auf das ganze Land oder die ganze Kultur übertragen werden. Zusätzlich darf ebenfalls die Assoziation von Variablen untereinander nicht generalisiert werden.
Methode Punkte: 1/1	Der Methodenteil wird detailliert beschrieben und verwendet validierte Instrumente.
Rechtlich-ethische Probleme Punkte: 0.5/1	Alle Teilnehmer nahmen freiwillig am Projekt teil, ihre Rechte wurden geschützt, ein ethisches Gutachten wird nicht erwähnt.
Instrumente Punkte: 0/1	Leider fehlen Angaben zu den Einschlusskriterien der Interviewer sowie ihrer Schulung vor der Durchführung.
Reliabilität und Validität Punkte: 1/1	Der Fragebogen, nachdem sie ihr Interview strukturierten, wurde bereits validiert und verwendet. Für die Reliabilität und Validität wird auf die frühere Studie verwiesen.
Datenanalyse Punkte: 1/1	Die Datenanalyse erfolgte aus einer deskriptiven Datenanalyse sowie einer logistischen Regressionsanalyse(um die Wirkung von Wissen und Haltung auf die soziale Distanzierung zu erklären). Die Daten sind übersichtlich in Tabellenform aufgeführt und nachvollziehbar, die p-Werte aufgelistet.
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen Punkte: 1/1	Die Ergebnisse der Studien liefern wichtige Informationen für die Öffentlichkeitsarbeit in der Türkei, beispielsweise für Anti-Stigma-Programme sowie für Gesundheitsfachleute. Die Autoren machen Vergleiche mit internationalen Studien und kommen zum Schluss, dass in der Türkei depressive Patienten stärker stigmatisiert werden als in anderen Ländern Europas und in Nordamerika. Sie beteuern jedoch die Wichtigkeit weiterer Forschung, spezifisch in Bezug auf die Wirkung von Glauben der Ursachen psychischer Krankheiten auf die Haltung gegenüber psychischen Erkrankten.
Anwendung und Verwertung in der Praxis Punkte: 0.5/1	Nicht nur Gesundheitsfachleute in der Türkei können von den Ergebnissen profitieren, sondern ebenfalls Gesundheitsfachleute in anderen Ländern durch die Ergebnisse ihr Hintergrundwissen erweitern indem sie sich bewusst werden, dass depressive Menschen in der Türkei (auch) in städtischer Umgebung stark stigmatisiert werden und somit Schamgefühle und soziale Isolation von grosser Bedeutung für diese Patientengruppe sein kann.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 10, 5 Punkte von 14 und wird somit in die Arbeit miteinbezogen.

Ozmen, E., Ogel, K., Aker, T., Sagduyu, A., Tamar, D. & Boratav, C. (2005). Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2005, (40), 869-876.
Türkei

Ziel/Fragestellung

1. Determination der öffentlichen Meinung und Glauben/ Vorstellung bezüglich der Behandlung von Depression in urbanem Umfeld
2. Ermittlung der Einflüsse von Wahrnehmung und Kausalattribution auf die Einstellung gegenüber der Depressionsbehandlung
3. Eruiere des Einflusses von demographischen Charakteren auf die Wahrnehmung und Kausalattribution der Depression sowie auf die Meinung/ den Glauben von Depressionsbehandlung.

Design

Das Design wird nicht genau beschrieben, die Autorinnen dieser Arbeit klassifizieren sie der Analyse nach den Korrelationsstudien zu.

Setting

Öffentliche Befragung von in Istanbul lebenden Menschen.

Stichprobe

Es handelt sich um die selbe Stichprobe der Studie „Public attitudes to depression in urban Turkey. The influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression“, welche von den selben Autoren ein Jahr zuvor (2004) publiziert wurde:

707 in Istanbul lebende Türken. Einzige Einschlusskriterien: Mussten über 15 Jahre alt sein und über physische und mentale Kompetenzen verfügen, um die Fragen zu beantworten. Ihre demographischen Daten sowie ihr Gesundheitszustand wurden vor dem Interview erfasst und in der 2004 veröffentlichten Studie in Tabellenform konkret aufgelistet.

Methode

Diese Studie bezieht sich auf die Ergebnisse der oben erwähnten Studie, welche 2004 veröffentlicht wurde. Die Autoren legten bei der ersten den Schwerpunkt auf den Einfluss von Wahrnehmung und Kausalattribution von Depression auf die soziale Distanzierung von depressiven Menschen. In der vorliegenden Studie stützten sie sich auf dieselben Resultate, der Fokus hierbei lag jedoch bei der Behandlung.

Die Methode wird in der Zusammenfassung der zuvor veröffentlichten Studie (Ozmen et al. 2004) näher beschrieben.

Ergebnisse

Meinungen und Glauben bezüglich der Behandlung von Depression

- Ungefähr zwei Drittel der Teilnehmer glauben an eine vollständige Genesung der Depression
- Die Mehrheit der Teilnehmer nennen psychosoziale Probleme zu lösen als wichtiger Aspekt, um eine Depression zu heilen.
- Nur 12% der Teilnehmer denken, dass „Hodjas“ (Magier, Glaubensheiler) eine Depression behandeln können.
- Praktisch alle Teilnehmer, welche Depression als Krankheit ansehen, glauben an ihre wirksame Behandlung. Diese schätzen die Effizienz der Psychotherapie höher ein als jene der medikamentösen Behandlung.
- Über die Hälfte der Teilnehmer, welche die Depression als Krankheit ansehen, denken, dass der Gebrauch von Medikamenten in der Behandlung der Depression zur Abhängigkeit und diversen Nebenwirkungen führt.

Der Einfluss von demographischen Charakteren

- Der Ausbildungsgrad ist der wichtigste Aspekt der demographischen Daten, welcher die Meinung/ Glauben bezüglich der Behandlung von Depression beeinflusst
- Die Teilnehmer mit einem tiefen Ausbildungsniveau glauben, dass depressive Personen keine vollständige Genesung erreichen können und das „Hodjas“ die Depression behandeln können. Ausserdem gibt diese „Teilnehmergruppe“ der Lösung von sozialen Problemen mehr Wert als der Psychotherapie.
- Diejenigen Teilnehmer, bei welchen Angehörige von Depression betroffen sind, denken, dass Veränderungen des Umfelds eine Genesung favorisiert und dass eine Depression durch Medikamente geheilt werden kann.
- Die Teilnehmer aus höherem sozio-ökonomischen Statuts denken, dass Depressionen medikamentös behandelt werden können, dass diese jedoch zur Abhängigkeit und unangenehmen Nebenwirkungen führen.
- Frauen vertraten oft die Meinung, eine medikamentöse Behandlung sei effizient
- Die anderen demographischen Daten (persönliche Erfahrung mit psychischen Krankheiten, ehelicher Status und Beschäftigung) zeigten keine Auswirkung auf die Resultate.

Der Einfluss von der Wahrnehmung von Depression

Die Hauptaussagen, welche einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber der Behandlung hatten waren folgende:

- 1) „Depressive Personen sind aggressiv“ (25%)
- 2) „Depression ist eine Krankheit“ (75%)

Teilnehmer der „Gruppe 1“ glauben, dass „Hodjas“ Depressionen behandeln können, dass Depression eine nicht heilbare Krankheit ist und dass Medikamente welche gegeben werden zur Abhängigkeit führen.

Teilnehmer der „Gruppe 2“ glauben, dass Depression heilbar ist und sehen darin zwei wichtige Aspekte: das Lösen von sozialen Problemen sowie die medikamentöse Behandlung.

Der Einfluss von Kausalattribution auf die Depression

Die Teilnehmer, welche glauben, die Ursache des Zustands der Frau im Fallbeispiel sei aufgrund sozialer Probleme, denken, dass eine Depression nicht geheilt werden kann ohne die sozialen Probleme zu beheben und dass Depression als Krankheit medikamentös behandelt werden kann.

Die Teilnehmer, welche sagten, dass der Zustand der Frau im Fallbeispiel aufgrund schwacher Persönlichkeit ist, denken, dass ein Milieuwechsel eine Genesung favorisieren könnte.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Resultate zeigen auf, dass die öffentliche Meinung in der urbanen Türkei glaubt, dass psychosoziale und soziale Interventionen effizienter sind als pharmakologische. Zusätzlich glaubt die Mehrheit, dass Medikamente in der Behandlung von Depression gesundheitsschädlich sind und zur Abhängigkeit führen. Die Mehrzahl (75%) denkt, dass Depression heilbar ist und traditionelle Heiler (Hodjas) nicht fähig sind, eine Depression zu heilen. Hohe Ausbildungsgrade und die Wahrnehmung der Depression als Krankheit sind mit positiven Einstellungen gegenüber Behandlungen assoziiert. Hingegen ist die Wahrnehmung depressiver Patienten als aggressive Menschen mit negativen Einstellungen gegenüber Behandlung assoziiert. Dies sind wichtige Information für die Praxis so wie für Anti- Stigma-Kampagnen.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels Punkte: 1/1	Die Forschungsziele sind klar formuliert. Die Variablen und ihre Wechselwirkung aufeinander werden klar zum Ausdruck gebracht. Die Signifikanz besteht laut Autoren für die Behandlung sowie die Stigmatisierung.

Literaturrecherche theoretischer Bezugsrahmen Punkte: 1/1	Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und frühere Studienergebnisse vorgestellt, wobei es sich vorwiegend um primäre Quellen handelt. Die Ergebnisse basieren auf die ein Jahr zuvor veröffentlichte Studie, Ozmen et al. (2044).
Hypothesen Forschungsfragen Punkte: 0.5/1	Die Hypothesen sind nicht klar formuliert. Sie beziehen sich auf eine ähnliche Studie, welche sie als Literatur vorstellen. Bei der vorliegenden Studie legten die Autoren sie den Schwerpunkt auf das urbane Volk.
Stichprobe Punkte: 1/1	Die Teilnehmer wurden passend zur Fragestellung ausgewählt, da sie unterschiedliche demographische Daten aufzeigen (sind in Ozmen et al. 2004 in Tabellenform detailliert beschrieben). Die Stichprobe ist dank ihrer hohen Anzahl an Teilnehmern repräsentativ für die Studie. Die Grenzen liegen jedoch darin, dass es sich nur um das urbane Volk handelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Resultate durch Erhebungen von auf dem Land lebenden Menschen, anders aussehen würden. Da die Autoren jedoch in der Fragestellung den Fokus auf das urbane Volk legen, kann dies nicht kritisiert werden.
Forschungsdesign Punkte: 0.5/1	Das Design der Studie wird nicht explizit beschrieben. Die Autorinnen klassifizieren sie den Korrelationsstudien zu, da der Schwerpunkt auf die Erforschung der Beziehung zwischen Variablen liegt.
Interne Validität Punkte: 1/1	Die Gefahren für die interne Validität könnte die Interviewform sein, wobei die Teilnehmer möglicherweise Hemmungen haben könnten, ihre reale Haltung zu äussern, da es sich doch um ein sensibles Thema handelt. Andererseits konnte durch diese Methode die Thematik in der Tiefe behandelt werden. Ein zusätzlich positiver Aspekt ist, dass die Teilnehmer zu Beginn (bei Vorstellen der Studie) nicht wussten, dass es sich um ein Fallbeispiel einer depressiven Patientin handelt und sie somit unvoreingenommen ins „Feld“ gingen. Was zusätzlich für die interne Validität spricht, sind die Methoden zur Datenanalyse, nämlich eine deskriptive Analyse sowie eine logistische Regressionsanalyse.
Externe Validität Punkte: 0.5/1	Im Allgemeinen müssen solche Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden. Es handelt sich hier rein um die Mehrheit der Bewohner Istanbuls und kann somit nicht auf das ganze Land oder die ganze Kultur übertragen werden. Zusätzlich darf ebenfalls die Assoziation von Variablen untereinander nicht generalisiert werden.
Methode Punkte: 1/1	Der Methodenteil wird detailliert beschrieben (siehe Zusammenfassung Ozmen et al. (2004), die Autoren verwendeten validierte Instrumente.
Rechtlich-ethische Probleme Punkte: 0.5/1	Alle Teilnehmer nahmen freiwillig am Projekt teil, ihre Rechte wurden geschützt, ein ethisches Gutachten wird nicht erwähnt.
Instrumente	Es fehlen Angaben zu den Einschlusskriterien der Interviewer sowie

Punkte: 0/1	ihrer Schulung vor der Durchführung.
Reliabilität und Validität Punkte: 1/1	Der Fragebogen, nachdem sie ihr Interview strukturierten, wurde bereits validiert und verwendet. Für die Reliabilität und Validität wird auf die frühere Studie verwiesen.
Datenanalyse Punkte: 1/1	Die Datenanalyse erfolgte aus einer deskriptiven Datenanalyse sowie einer logistischen Regressionsanalyse(um die Wirkung von Wissen und Haltung auf die soziale Distanzierung zu erklären). Die Daten sind übersichtlich in Tabellenform aufgeführt und nachvollziehbar, die p-Werte aufgelistet.
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen Punkte: 1/1	Die Ergebnisse der Studien liefern wichtige Informationen für die Öffentlichkeitsarbeit in der Türkei, beispielsweise für Anti-Stigma-Programme sowie für Gesundheitsfachleute.
Anwendung und Verwertung in der Praxis Punkte: 0.5/1	<p>Die Ergebnisse liefern wichtige Informationen für die Öffentlichkeitsarbeit in der Türkei (Anti-Stigmata-Kampagnen) sowie für die Behandlung. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützung der medikamentösen Behandlung bevorzugt werden, was ein wichtiger Aspekt der Compliance darstellt.</p> <p>Auch diese Ergebnisse dürfen nicht generalisiert werden und auf alle Türken übertragen werden. Es handelt sich hierbei um die Mehrheit der Einwohner Istanbuls, womit nicht das ganze Land repräsentiert ist. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass in ländlichen Gegenden der Anteil Personen der „Gruppe 1“ höher ist, und somit die Konsultationen von „Hodjas“ von wichtigerer Bedeutung sind, Depression eher als unheilbare Krankheit angesehen wird und die Non-Compliance gegenüber pharmakologischer Behandlung grösser ist.</p> <p>Nicht nur Gesundheitsfachleute in der Türkei können von den Ergebnissen profitieren, sondern ebenfalls Gesundheitsfachleute in anderen Ländern bei der Behandlung von türkischen Migranten. So kann ihr Hintergrundwissen erweitert werden, jedoch sollte eine Generalisierung der Ergebnisse unbedingt vermieden werden. Wie der einzelne Patient die Behandlung wahrnimmt, muss individuell erfasst werden.</p>
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 10, 5 Punkte von 14 und wird somit in die Arbeit miteinbezogen.

J) Kriterien zur Beurteilung von Mixed-Methods- Studien

Evaluation Tool for 'Mixed Methods' Study Designs

The 'mixed method' evaluation tool was developed from the evaluation tools for 'quantitative' and 'qualitative' studies,¹ themselves created within the context of a project exploring the feasibility of undertaking systematic reviews of research literature on effectiveness and outcomes in social care. The 'mixed method' tool draws on appropriate questions from the quantitative and qualitative evaluation tools. It provides a template of key questions to assist in the critical appraisal of studies using more than one method.⁸

Review Area	Key Questions
(1) STUDY EVALUATIVE OVERVIEW	
Bibliographic Details	<ul style="list-style-type: none"> • Author, title, source (publisher and place of publication), year
Purpose	<ul style="list-style-type: none"> • What are the aims of this paper? • If the paper is part of a wider study, what are its aims?
Key Findings	<ul style="list-style-type: none"> • What are the key findings?
Evaluative Summary	<ul style="list-style-type: none"> • What are the strengths and weaknesses of the study and theory, policy and practice implications?
(2) STUDY AND CONTEXT (SETTING, SAMPLE AND OUTCOME MEASUREMENT)	
The Study	<ul style="list-style-type: none"> • What type of study is this? • What was the intervention? • What was the comparison intervention? • Is there sufficient detail given of the nature of the intervention and the comparison intervention? • What is the relationship of the study to the area of the topic review?
Context: (1) Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Within what geographical and care setting is the study carried out? • What is the rationale for choosing this setting? • Is the setting appropriate and/or sufficiently specific for examination of the research question? • Is sufficient detail given about the setting? • Over what time period is the study conducted?
Context II: Sample	<ul style="list-style-type: none"> • What was the source population? • What were the inclusion criteria? • What were the exclusion criteria? • How was the sample (events, persons, times and settings) selected? (For example, theoretically informed, purposive, convenience, chosen to explore contrasts) • Is the sample (informants, settings and events) appropriate to the aims of the study? • If there was more than one group of subjects, how many groups were there, and how many people were in each group? • Is the achieved sample size sufficient for the study aims and to warrant the conclusions drawn? • What are the key characteristics of the sample (events, persons, times and settings)?
Context III: Outcome Measurement	<ul style="list-style-type: none"> • What outcome criteria were used in the study? • Whose perspectives are addressed (professional, service, user, carer)? • Is there sufficient breadth (e.g. contrast of two or more perspective) and depth (e.g. insight into a single perspective)?

Review Area	Key Questions
(3) ETHICS	
Ethics	<ul style="list-style-type: none"> • Was Ethical Committee approval obtained? • Was informed consent obtained from participants of the study? • How have ethical issues been adequately addressed?
(4) GROUP COMPARABILITY	
Comparable Groups	<ul style="list-style-type: none"> • If there was more than one group was analysed, were the groups comparable before the intervention? In what respects were they comparable and in what were they not? • How were important confounding variables controlled (e.g. matching, randomisation, or in the analysis stage)? • Was this control adequate to justify the author's conclusions? • Were there other important confounding variables controlled for in the study design or analyses and what were they? • Did the authors take these into account in their interpretation of the findings?
(5) QUALITATIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS	
Data Collection Methods	<ul style="list-style-type: none"> • What data collection methods were used in the study? (Provide insight into: data collected, appropriateness and availability for independent analysis) • Is the process of fieldwork adequately described? (For example, account of how the data were elicited; type and range of questions; interview guide; length and timing of observation work; note taking)
Data Analysis	<ul style="list-style-type: none"> • How were the data analysed? • How adequate is the description of the data analysis? (For example, to allow reproduction; steps taken to guard against selectivity) • Is adequate evidence provided to support the analysis? (For example, includes original / raw data extracts; evidence of iterative analysis; representative evidence presented; efforts to establish validity - searching for negative evidence, use of multiple sources, data triangulation); reliability / consistency (over researchers, time and settings; checking back with informants over interpretation) • Are the findings interpreted within the context of other studies and theory?
Researcher's Potential Bias	<ul style="list-style-type: none"> • What was the researcher's role? (For example, interviewer, participant observer) • Are the researcher's own position, assumptions and possible biases outlined? (Indicate how these could affect the study, in particular, the analysis and interpretation of the data)

Review Area	Key Questions
(6) POLICY AND PRACTICE IMPLICATIONS	
Implications	<ul style="list-style-type: none"> To what setting are the study findings generalisable? (For example, is the setting typical or representative of care settings and in what respects? If the setting is atypical, will this present a stronger or weaker test of the hypothesis?) To what population are the study's findings generalisable? Is the conclusion justified given the conduct of the study (For example, sampling procedure; measures of outcome used and results achieved?) What are the implications for policy? What are the implications for service practice?
(7) OTHER COMMENTS	
Other comments	<ul style="list-style-type: none"> What was the total number of references used in the study? Are there any other noteworthy features of the study? List other study references
Reviewer	<ul style="list-style-type: none"> Name of reviewer Review date

¹ Long AF, Godfrey M, Randall T, Brette AJ and Grant MJ (2002) *Developing Evidence Based Social Care Policy and Practice. Part 3: Feasibility of Undertaking Systematic Reviews in Social Care*. Leeds: Nuffield Institute for Health.

² This tool was developed while the lead author was at the Health Care Practice R&D Unit (HCPRDU) at the University of Salford. It has since been slightly modified.

K) Zusammenfassungen der Mixed-Methods- Studien

Adamson J., Warfa N., Bhui K. (2011). A case study of organisational cultural competence in mental healthcare. *BioMed Central*, (11), 1-8.
England

Ziel/Fragestellung

Das Ziel oder die Fragestellung wird nicht exakt als solches beschrieben. Die Studie untersucht die Wahrnehmung der kulturellen Kompetenzen und der Integration von „Cultural-Competence-Prinzipien“ in einer psychiatrischen Gesundheitsinstitution auf den verschiedenen Hierarchie-Ebenen: Die Unternehmensebene (Personaldienstleitung) die Betriebsebene und die direkte Ebene (Ärzte, Pflegende). Das Ziel der Studie ist es, Interaktionen zwischen organisatorischen und individuellen Prozessen, welche heilungsorientierte Dienstleistungen beeinflussen, aufzuzeigen.

Design: Mixed-Methods: Fallstudie

Setting: Eine psychiatrische Gesundheitsinstitution in London, NHS Trust.

Stichprobe: Es wurden 3 Stichproben ausgewählt, nämlich aus allen drei Ebenen eine, wobei die Unternehmensebene und Einsatzsebene in eine Gruppe zusammengetragen wurden.

Methode: Die Forscher haben sich an das Konzept von Siegel et al (2000) gehalten und die 6 wechselwirkenden Domäne der kulturellen Kompetenz gebraucht, um die Datensammlungsinstrumente zu entwickeln. Vor der Studie wurde der Fragebogen mit der Dienstleistungsorganisation getestet. Aufgrund dieses Tests wurde der Fragebogen neu angepasst. Es wurden strukturierte und semi-strukturierte Fragebogen benutzt. Dann wurde die kulturelle Kompetenz über drei Ebenen der organisatorischen Struktur gemessen: Unternehmensebene; Einsatzfeld sowie in der direkten Betreuungsebene. Das Ethikkomitee der Dienstleistungsorganisation hat das Projekt nach einigen Veränderungen bewilligt.

Ergebnisse

73 Mitarbeiter der Direkten Betreuungsebene haben auf den postlich verschickten Fragebogen geantwortet. 2/3 der Beteiligten waren Pflegefachpersonen.

14 Mitarbeiter der Operational Sample haben auf den Fragebogen geantwortet.

Die Ergebnisse werden in 4 Rubriken eingeteilt:

Wahrnehmung von Kultureller Kompetenz

- Die TN hatten die Tendenz, „Kulturelle Kompetenz mit Begriffen wie „Verstehen von Unterschieden im kulturellen Kontext, Fähigkeit, klinische Praxis nach den kulturellen Bedürfnissen der Klientel anzupassen und zu ändern
- Das Bewusstsein und die Erkenntnis von eigenen Vorurteilen wurde von den TN als Voraussetzung für eine Änderung im Bezug auf die eigene kulturelle Kompetenz gesehen.
- Die angegebene Institution hat vor kurzem ein Programm („Race equality cultural competence“ RECC) implementiert, welches für alle Mitarbeiter Pflicht ist.

Gleichberechtigung der Arbeitskräfte (für unsere BT nicht relevant, deshalb nicht näher erläutert) Patienteninformation

- Es wurden verschiedene soziodemographische Daten über die Patienten erfasst. (Alter, Herkunft, Religion)

Rassengleichheit in Organisationen (für unsere BT nicht relevant, deshalb nicht näher erläutert)

Diskussion und Schlussfolgerung

- Die Resultate der Studie zeigen, dass die Institution verschiedene deutliche Schritte für

<p>eine Entwicklung von kultureller Kompetenz in der Organisation gemacht hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulturelle Kompetenz darf nicht nur Kompetenz in der Lieferung von Interventionen gegenüber kulturell diversen Populationen bedeuten sondern auch die Entwicklung von Interventionen, welche dazu verhelfen, bei Therapiemodellen die erfolglos sind, oder bei Non-Adhärenz, Erfolge zu erzielen. • Aufgrund der Komplexität von Gesundheitsdiensten, muss kulturelle Kompetenz über organisatorische Systeme wirksam sein. • In dieser Studie gemeinsam formulierte Ansichten der kulturellen Kompetenz beinhalten Schwerpunkte bezüglich der Diversität, dem kulturellen Bewusstsein und der kulturellen Sensibilität. • Kulturelles Kompetenztraining wurde mit Begriffen wie Wechsel von Einstellungen und Verhalten, Selbstreflexion, die Aneignung von Fähigkeiten und Wissen und den Anstieg des Bewusstseins definiert. • Kulturelle Kompetenz ist ein Entwicklungsprozess, welcher Zeit, Einsatz und nachhaltige Bemühung auf jeder Ebene einer Institution gebraucht. 	
Kritische Beurteilung nach Long (2005): „Evaluative Tool for Mixed Method Studies.“	
(1) Study evaluative overview	
Bibliographic Details 1/1	Adamson J., Warfa N., Bhui K. (2011). A case study of organisational cultural competence in mental healthcare. <i>BioMed Central</i> , (11), 1-8
Purpose 0.2/1	Ziele sind nicht genau und explizit beschrieben. Könnte verständlicher und besser beschrieben sein.
Key findings 1/1	Siehe Ergebnisse oben in Zusammenfassung.
Evaluative Summary 0.3/1	Allgemein erhält die Studie nicht eine gute Kritik. Der Text ist sehr komplex formuliert, es ist teilweise nicht übersichtlich und verständlich geschrieben. Der Artikel sollte viel klarer formuliert werden mit konkreten Zielen und einer genaueren Beschreibung des Vorgehens.
(2) Study and context (Setting, Sample AND outcome measurement)	
The Study 0.4/1	Strukturierte (quantitative Datensammlung) und Semi-Strukturierte (qualitative Datensammlung) Interviews wurden durchgeführt. Es könnte aber übersichtlicher beschrieben werden, was es genau für eine Studie ist.
Context: (1) Setting 1/1	Es handelt sich bei dieser Studie um eine Fallstudie. Die Fallstudie bezieht sich auf eine (oben genannte) psychiatrischen Institution.
Context II: sample 1/1	Es wird beschrieben, dass drei verschiedene Stichproben ausgewählt wurden. Das Einschlusskriterium war, dass die TN auf einer auf der oben beschriebenen Ebenen in dieser Institution arbeiten. Die Studie bezieht sich nur auf Mitarbeiter dieser genannten Institution, da es eine Fallstudie ist.
Context III: Outcome Measurement 1/1	Perspektiven der drei Ebenen (Mitarbeiter auf drei hierarchischen Stufen) einer Institution sind adressiert.
(3) Ethics	
Ethics 1/1	Das Ethik-Komitee der Institution hat das Projekt nach einigen Abänderungen genehmigt.
(4) Group comparability	
Comparable groups 0.5/1	Da es sich um verschiedene Tätigkeitsbereiche dieser drei verschiedenen befragten Gruppen handelt, wurde auch ein Vergleich der Antworten unter diesen gemacht. Die Autoren der Studien haben diese hierarchischen Unterschiede erläutert. Es wurde ein Vergleich gemacht wie die kulturelle Kompetenz auf allen drei Ebenen empfunden wird. Es wird leider nicht detailliert beschrieben, was quantitativ und was qualitativ an dieser Studie ist, was zu bemängeln ist.

(5) Qualitative Data collection and analysis	
Data collection methods 0.5/1	Strukturierte und Semi-strukturierte Interviews wurden durchgeführt. Es könnte genauer beschrieben sein, wie die Forscher dabei vorgegangen sind.
Data analysis 1/1	Es wurden Excel-Softwares benutzt, um die deskriptive Statistik zu berechnen. Die „Framework Approach“ nach (Miles & Huber 1984) wurde gebraucht, um die semistrukturierten Interviews zu analysieren. Es wurden Themen eingegliedert.
Researcher's Potential Bias 0/1	Die Rolle der Forscher wird nicht genau beschrieben und ist deshalb zu kritisieren.
(6) Policy And Practice implications	
Implications 0.3/1	Die Studie gibt Auskunft, wie „kulturelle Kompetenz“ von allen drei Ebenen empfunden wird. Es zeigt auf, dass es Kompetenzen und Umsetzungen von allen hierarchischen Ebenen braucht, um in einer Institution „kulturelle Kompetenz“ zu fördern. Jedoch zeigen diese Ergebnisse, aufgrund des Designs einer Fallstudie nur auf, wie es in einer bestimmten Institution angesehen wird. Deshalb nicht sehr evidenz-aussagekräftig.
(7) other comments	
Other comments 1/1	Das Total der Referenzen beträgt 26.
Reviewer 1/1	Details über die Autoren sind am Schluss des Artikels aufgezeigt.
Gesamtbewertung	Die Bewertung dieser Studie erhält ein Gesamttotal von 11.3 Punkten und wird somit in die Arbeit eingeschlossen.

Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing* 2003, (12), 185- 194.
England

Ziel/Fragestellung

Der Forscher hatte das Ziel zu erkunden, wie Pflegefachleute auf die kulturellen Bedürfnisse ihrer Klienten eingehen.

Design

Der Autor spricht von einer deskriptiven Studie. Bei näherer Betrachtung der Methode wurde jedoch den Autorinnen klar, dass es sich um ein Mixed- Methods-Design handelt.

Setting

Pflegefachleute, welche für eine Weiterbildung an der University of Nottingham, School of Nursing, registriert waren. Diese Pflegefachleute arbeiten in Regionen mit hohem Anteil an Immigranten.

Stichprobe

Insgesamt nahmen 126 Pflegefachleute teil. 9% der Teilnehmer hatten einen selber einen Migrationshintergrund. Die Teilnehmer sind in verschiedenen Bereichen tätig: Erwachsenenpflege (innere Medizin, Chirurgie, Intensivstationen, Onkologie, etc.), Psychiatrie, Pädiatrie und Rehabilitation. Sie verfügen zwischen 1 bis 32 Jahren Berufserfahrung.

Methode

Fragebogen, welcher in einer vorherigen Studie validiert wurde. Der erste Teil dieses Fragebogens bestand aus geschlossenen Fragen um quantitative Daten zu erfassen, der zweite Teil aus offenen Fragen um qualitative Daten zu sammeln.

Ergebnisse

Quantitative Daten

- 80% der Teilnehmer erkennen, dass Patienten kulturelle Bedürfnisse haben
- 65% sagten, kulturelle Charakteristiken ihrer Patienten im letzten Monat erkennt zu haben
- 33% behaupten, dass es über 6 Monate her ist, seit sie das letzte Mal kulturelle Bedürfnisse ihrer Patienten wahrgenommen haben
- 20% denken, dass kulturelle Bedürfnisse beachtet werden (are met)
- 44% denken, dass kulturelle Bedürfnisse adäquat beachtet werden
- 33% denken, dass kulturelle Bedürfnisse ungenügend beachtet werden
- 84% wünschen sich Weiterbildungen um die transkulturelle Pflege zu gewährleisten

Qualitative Daten

Die Teilnehmer wurden gefragt, Beispiele zu nennen, wie sie auf die kulturellen Bedürfnisse ihrer Patienten eingehen. 29 Teilnehmer liessen diesen Teil des Fragebogens aus. Folgende Bereiche wurden genannt:

- Religiöse Bedürfnisse (22%)
- Ernährungsbezogene Bedürfnisse (21%)
- Kultur-spezifische Bedürfnisse (12%)
- Bedürfnisse am Lebensende (11%)
- Kommunikationsprobleme (10%)

Diskussion und Schlussfolgerung

Das Bewusstsein von Pflegefachleuten für kulturelle Bedürfnisse

80% der Teilnehmer erkennen zwar, dass Patienten kulturelle Bedürfnisse haben, die Beschreibung dieser Bedürfnisse scheint jedoch sehr auf die religiösen und ernährungsbezogenen Faktoren sowie sprachliche Barrieren eingeschränkt zu sein. Kulturelle Pflege scheint der „religiösen“ Pflege gleichgestellt zu sein.

Erkennen von kulturellen Bedürfnissen

Dass 33% der Teilnehmer aussagen, es sei mehr als 6 Monate her, seit sie kulturelle Bedürfnisse wahrgenommen haben, ist sehr erstaunlich, wenn man bedenkt, dass die Teilnehmer in multikulturellen Teilen Englands arbeiten.

Kulturelle Bedürfnisse: Are they adequately met?

Insgesamt haben die Teilnehmer das Gefühl, sie würden den kulturellen Bedürfnissen ihrer Patienten entgegenkommen. Dieses Ergebnis muss mit Vorsicht betrachtet werden, da es ein subjektives Empfinden der Pflegenden ist. Die Literatur beteuert, dass transkulturelle Pflege mehr ist als das Antworten auf religiöse, ernährungsbezogene Bedürfnisse.

Die Literatur identifiziert folgende kulturelle Bedürfnisse:

- Chancengleichheit für Behandlung und Pflege
- Respekt für kultureller Glauben und Praktiken
- Persönliche Pflegebedürfnisse
- Tägliche Routine
- Kommunikative Bedürfnisse
- Bedürfnis nach kultureller Sicherheit

Pflegerische Situationen, in welchen transkulturelle Pflege gegeben wird

Erstaunlicherweise, füllten 29 Teilnehmer diesen Teil des Fragebogens nicht aus, dies lässt vermuten, dass transkulturelle Pflege ärmlich praktiziert wird. Die Situationen scheinen sich auf Religion und Ernährung zu beschränken, sowie Sprachproblemen. Transkulturelle Pflege benötigt kulturelle Negotiation und Kompromisse, einschliesslich ein Verständnis gegenüber der Sicht und Erklärung des Patienten auf sein Problem. Der Autor verweist auf sein ACCES-Modell. Dabei soll auch die Inanspruchnahme traditioneller Heiler nicht tabuisiert werden. Transkulturelle Pflege ist komplex, sich aber an die Werte und Pflegeerwartungen des Patienten zu orientieren, kann eine Hilfestellung geben. Patienten sollen als Individuen mit Bedürfnissen betrachtet werden, welche von kulturellem Glauben und Werten beeinflusst werden. Dies erlaubt den Patienten, ihre Selbstachtung (welche zum Selbstwertgefühl beiträgt) zu bewahren, das durch die Krankheit tief ist.

Der andere wichtige Aspekt transkultureller Pflege ist die Problematik der kulturellen Sicherheit. Diese kann erreicht werden, indem ein mitfühlendes und fürsorgliches (caring) Milieu zwischen Pflegenden und Patienten gestaltet wird. Dieser Aspekt wurde zwar nicht von den Teilnehmern erwähnt, die Literatur jedoch deutet darauf hin, dass Patienten das Gefühl von kultureller Sicherheit erhalten sollen. Diese ermöglicht eine Vertrauensbeziehung zu Pflegenden, und optimiert die Pflegenden-Patient- Beziehung. Als Hilfe zur Kommunikation wurde von den Teilnehmern vorwiegend die Zusammenarbeit mit Dolmetschern erwähnt. Laut Literatur ist dies jedoch nur ein Aspekt der transkulturellen Pflege. Faktoren wie Körperhaltung, körperliche Nähe, Gestik und Augenkontakt sind ebenfalls wichtig. Kein Teilnehmer teilte konkrete Beispiele für interpersonelle Transaktionen mit dem Patienten in einem transkulturellen Kontext.

Weiterbildung in kulturellen Dimensionen der Pflege

Ein vielversprechendes Ergebnis ist die Motivation und das Interesse der Teilnehmenden, Weiterbildungsangebote für transkulturelle Pflege zu besuchen (84%). Modelle von Gerrish and Papadopoulos (1999) und Narayanasamy (2002) werden empfohlen.

Die transkulturelle Pflege ist ein wenig erforschtes Thema und benötigt dringend an weiterer Recherche.

Kritische Beurteilung nach Long (2005): „Evaluative Tool for Mixed Method Studies.“

(1) Study evaluative overview

Bibliographic Details Punkte 1/1	Titel, Publikationsjahr, Autor und seine Referenzen sind übersichtlich dargestellt.
Purpose 1/1	Das Ziel wird klar beschrieben.
Key findings 1/1	Die Hauptresultate werden kurz und prägnant geschrieben sowie übersichtlich in Tabellenform dargestellt.
Evaluative Summary 0.5/1	Die Stärke der Arbeit ist ihre übersichtliche Darstellung. Schwäche ist die Methode zur Datenerhebung: Ein schriftlicher Fragebogen könnte eine Datensättigung nicht erreicht haben. Das wichtigste und relevante Resultat der Studie ist, dass Pflegefachpersonen laut den Ergebnissen, sich zwar transkulturell kompetent fühlen, sie diese Kompetenz jedoch falsch verstehen und mit Antworten auf religiöse

	und ernährungsspezifische Bedürfnisse verwechseln. Was ausfällt, ist dass der Ergebnisteil ist sehr kurz ist, die Ergebnisse werden im Diskussionsteil ausgeprägt mit Literatur verglichen und ergänzt, wie beispielsweise mit dem ACCES-Modell.
(2) Study and context (Setting, Sample AND outcome measurement)	
The Study 0/1	Narayanasamy nennt das deskriptive Design, der Methode nach klassifizieren die Autorinnen diese Arbeit jedoch den Mixed-Methods-Designs zu.
Context: (1) Setting 1/1	Das Setting wird klar beschrieben (siehe Zusammenfassung)
Context II: sample 1/1	Die Teilnehmer sowie die Einschlusskriterien werden klar beschrieben.
Context III: Outcome Measurement 1/1	Die Perspektive von Pflegefachpersonen wird adressiert. Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung, welche durch mündliche Interviews hätte erreicht werden können.
(3) Ethics	
Ethics 1/1	Das lokale Ethikkomitee begutachtete die Studiendurchführung.
(4) Group comparability	
Comparable groups 1/1	Bei der Stichprobe handelt es sich nur um Pflegefachpersonen. Leider nahmen vorwiegend Pflegefachfrauen aus der „Erwachsenenpflege“ an der Studie teil und nur wenige vom psychiatrischen und pädiatrischen Kontext.
(5) Qualitative Data collection and analysis	
Data collection methos 1/1	Fragebogen mit zwei Teilen: Im ersten wurden rein geschlossene Fragen gefragt. Der zweite Teil des Fragebogens bestand aus offenen Fragen.
Data analysis 1/1	Die quantitativen Daten wurden anhand einer statistischen Analyse erfasst und werden als Prozent in Tabellenform dargestellt .Die qualitativen Daten wurden einer Inhaltsanalyse unterzogen. Darauf wurden die Daten in Kategorien eingeteilt.
Researcher's Potential Bias 1/1	Narayanasamy ist eine wichtige Referenzperson für transkulturelle Pflege in Grossbritannien. Er ist Professor an der Universität, an welcher die Probanden Weiterbildungen besuchen. Dadurch, dass die Fragebögen anonymisiert abgegeben wurden, konnte er jedoch keinen Einfluss auf die Antworten bewirken, welche zu Bias geführt hätte.
(6) Policy And Practice implications	
Implications 1/1	Die Ergebnisse liefern interessante Ergebnisse, welche sicherlich auf Schweizer Verhältnisse übertragbar wären, wie beispielsweise dass kulturelle Bedürfnisse den religiösen Bedürfnissen gleichgestellt werden und Bedarf an Weiterbildungsmöglichkeiten in transkultureller Kompetenz besteht.
(7) other comments	
Other comments 1/1	Der Diskussionsteil, welcher die Ergebnisse mit Literatur ergänzt nennt viele konkrete Möglichkeiten zur Umsetzung transkultureller Pflege, grösstenteils basiert auf das ACCES-Modell, welches von der selben Autorin entwickelt wurde.
reviewer	
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 11, 5 von insgesamt 15 Punkten und wird somit in die Arbeit miteinbezogen.

L) Tabelle der Resultate und Limitationen

Artikel/Autor Land	Resultate	Limitationen
Adamson J., Warfa N., Bhui K. (2011) England	<p>73 Mitarbeiter der Direkten Betreuungsebene haben auf den postlich verschickten Fragebogen geantwortet. 2/3 der Beteiligten waren Pflegefachpersonen . 14 Mitarbeiter der Operational Sample haben auf den Fragebogen geantwortet. Die Ergebnisse werden in 4 Rubriken eingeteilt:</p> <p><u>Wahrnehmung von Kultureller Kompetenz</u> Die TN hatten die Tendenz, CC mit Begriffen wie „verstehen von Unterschieden im kulturellen Kontext, Fähigkeit, klinische Praxis nach den kulturellen Bedürfnissen der Klientel anzupassen und zu ändern Das Bewusstsein und die Erkenntnis von eigenen Vorurteilen wurde von den TN als Voraussetzung für eine Änderungsmöglichkeit gesehen. Die angegebene Institution hat vor kurzem ein Programm („Race equality cultural competence“ RECC) implementiert, welches für alle Mitarbeiter Pflicht ist. Die Resultate zeigen, dass es auf verschiedenen Ebenen Tätigkeiten und Interventionen braucht, um kulturelle Kompetenzen zu fördern.</p>	<p>Da es in Grossbritannien kein validiertes „kulturelles-kompetenz-assessment instrument gibt wurde ein Fragebogen aus den USA etwas transformiert und für diese Studie gebraucht, obwohl es andere Gesundheitssysteme sind. Deshalb ist die Validität für Grossbritannien fraglich.</p>
Borra R. (2011) Holland	<p>Symptompräsentation - Der Ausdruck des Leidens war von den meisten TN durch Ausdruck von physischen Beschwerden charakterisiert. Die Frauen konnten anhand Körperskizzen im Detail ihre somatischen Beschwerden beschreiben. Die meisten erläuterten Beschwerden waren: Kopfschmerzen (17), Nacken- und Schulterschmerzen (12), Druck auf der Brust (13), Bauchschmerzen (11), kribbelnde Sinneseindrücke an Armen und Beinen (12), Rückenschmerzen (14), Herzrasen (4). 10 Frauen haben von anderen Krankheiten oder Symptomen berichtet (rheumatoide Arthritis, Diabetes,</p>	<p>Ergebnisse nicht verallgemeinerbar Das entwickelte Diagnostik-Interview muss weiter überprüft werden, um es im Alltag benutzen zu können.</p>

	<p>Geschwollene Füße). 18 bestätigten ein premenstruelles Syndrom.</p> <p>Um die Gefühle des Leidens auszudrücken, benutzten die TN folgende Begriffe: „skinti“ und bunalım“, welche synonym mit Gefühlen wie Anspannung, „bedrückt“, „eingezwängt sein“. Diese Begriffe beziehen sich sowohl auf somatische/physische Empfindungen als auch auf den emotionalen Zustand. Ein anderer Ausdruck war das Wort „karamsar“, welches „schwarzes Gefühl“ bedeutet.</p> <p>Alle 20 TN berichteten über Angstsymptome, mit einem Gefühl von drohender Gefahr, v.a. bei Klingeln des Telefons oder Klingeln der Haustüre (Angst, schlechte Nachrichten aus der Türkei zu bekommen)</p> <p>Aufgrund der Basis der Daten der Interviews, haben die 5 Psychiater eine Depression bei 18 der 20 Teilnehmerinnen diagnostiziert.</p> <p>15 haben über visuelle oder auditive Halluzinationen berichtet.</p> <p>Die meisten TN haben bestätigt, dass sie weder Selbstvertrauen noch Mut in ihrer Situation haben.</p> <p>Die Frage, ob die TN eine Depression als Strafe ansieht, wurde missverstanden, da die türkischen Frauen das Wort Strafe mit kriminellen Verhalten in Verbindung brachten. Daraufhin wurde die Frage für die zweite Runde der Interviews ausgelassen.</p> <p>Alle 20 Frauen haben darüber berichtet, schnell agitiert und irritiert zu sein.</p> <p>13 Frauen berichteten über den Verlust einer wichtigen Person.</p> <p>13 Frauen berichteten über Erlebnisse von physischer Gewalt oder Misshandlung in ihren Familien.</p>	
<p>Cioffi, J. (2003) Australien</p>	<p><u>1. Inanspruchnahme der Dienste von Dolmetschern</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Schwierigkeiten treten laut TN an Wochenenden und Nachtschichten auf, wo Dolmetscher nicht erreichbar sind • Die TN nennen es besonders bei unvorsehbaren Situationen schwierig, da Dolmetscher nicht sofort zur Verfügung stehen und somit das Personal in Notfallsituation auf sich alleine gestellt ist. • Insgesamt schätzen Pflegefachfrauen die Dienste von Dolmetschern, jedoch sehen sie dabei auch Grenzen: Die zur Verfügung stehenden Zeiten, das Einschätzen des angemessenen Masses an Information, der Umgang mit strengvertraulichen Daten sowie der Richtigkeit der Übersetzung. Beispielsweise hatten die Patienten nach Dolmetschergesprächen Angst, die Informationen würden an ihre Gemeinschaft weitergeleitet werden. 	<p>Studie wurde im akut somatischen Setting durchgeführt Begrenzte Stichprobe: 23 TN</p>

	<p><u>2. Die Kooperation mit bilingualen Gesundheitsfachleuten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kooperation mit bilingualen Gesundheitsfachleuten wird als vorteilhaft für die Patientenpflege geschildert • Pflegefachleute beschreiben, dass bilinguale Gesundheitsfachleute den Beziehungsaufbau zu den CLD- Patienten mitwirken, indem sie die spezifischen Bedürfnisse des Patienten identifizieren, somit eine individualisierte Pflege ermöglichen und zusätzlich in komplexen und emotionalen Situation eine Vermittlerrolle übernehmen. <p><u>3. Andere Strategien, welche Pflegefachpersonen in der Kommunikation mit CLD- Patienten anwenden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeichnungen, Körper- und Zeichensprache • Familienmitglieder als Übersetzungshilfe. Die TN äusserten jedoch, theoretisch zu wissen, dass dies nicht die optimale Lösung sei, dass es jedoch nicht immer möglich sei, die Dienste von Dolmetschern in Anspruch zu nehmen • Einige Pflegefachfrauen fragen ihre Teamkolleginnen. Diese Strategie bringt jedoch Konsequenzen mit sich: Patienten „fixieren“ sich auf die Pflegefachfrau, welche ihre Sprache sprechen, warten oft bis zum Schichtwechsel um ihre Bedürfnisse mitzuteilen. • Einige TN lernen einige Wörter des fremden Vokabulars um somit die Kommunikation zu erleichtern • Pflegefachfrauen zeigen auf, dass sie sich verschiedener kultureller Lebensstile bewusst sind, welche die Kommunikation beeinflussen können wie beispielsweise der Ausdruck von Schmerz. 	
Ghane, et al. (2010) Holland	<p>a) Patienten, welche von einem Interviewer befragt wurden, der aus der selben Ethnie stammt (match condition) , nannten interpersonelle, Schikane/Betrügerei (victimization) und religiöse/mystische häufig als Ursache ihrer Erkrankung. Patienten, welche von einem niederländischen Interviewer befragt wurden, nannte vorwiegend eine medizinische Ursache.</p> <p>b) Laut den Ergebnissen wurden diese Effekte nicht durch das Verhältnis zum Interviewer herbeigeführt und soziale Unerwünschtheit hatte einen mässigen Einfluss auf die Resultate. Patienten, welche sich unsicher äusserten und nicht wussten, ob sie die Ursache ihrer Erkrankung medizinischer oder religiöser/mystischer Natur zuordnen sollen, entschieden sich schlussendlich für</p>	Siehe kritische Beurteilung

	das medizinische Erklärungsmodell.	
Gorman, et al. (2003) Australien	<p><u>Kultur</u> Sie identifizieren Familie, Gemeinschaft, Nähe, Respekt für Ältere, Tanz, Musik und Feste sowie traditionelles Essen als Wertsymbole. Die eigene Sprache sprechen zu können hatte eine positive Wirkung auf ihre Identität. Viele schätzten gesellschaftliches Beisammensein, das als wichtiger Präventionsfaktor zur sozialen Isolation genannt wurde. Bedenken wurde in Bezug auf mangelnde Möglichkeit die eigene Sprache zu sprechen, Fehlen von traditionellen Festen sowie die Aufrechterhaltung von Gebeten genannt. Unterschiedliche Aussagen wurden in Bezug auf die „neue“ Gesellschaft genannt.</p> <p><u>Soziales und emotionales Wohlbefinden</u> Während Flüchtlinge vorwiegend grosse Probleme mit Kriegserfahrungen nannten, standen für andere Migranten Sprachprobleme und Beziehungen im Zentrum für ihre psychischen Probleme. Soziale Isolation wurde als stressvoll genannt, welche Depression und/oder Angst begünstige. Als Hauptursache für soziale Isolation wurden Schwierigkeiten in Kommunikation genannt. Sprachliche Barrieren hindern sie, Freundschaften zu entwickeln sowie ein akademisches Studium zu absolvieren. Das Fehlen von Familie und Freunden, Arbeitslosigkeit und kulturelle Differenzen wurden ebenfalls als Faktoren genannt, welche zur Isolation führen.</p> <p><u>Es wurden diverse Copingstrategien genannt. Die am meisten genannten waren:</u> Unterhaltung und/ oder Ablenkung anhand von Musik, Filmen, Ausgang Soziale Kontakte fördern um „Grübeln“ über die Situation und soziale Isolation zu verhindern: Dies durch Treffen von Freunden welche zu einer Gruppe gehören. Freunde wurden als Unterstützung genannt, um temporär der Situation zu entfliehen Physische Aktivität: zur Stressreduktion Interne Ressourcen: positive Sichtweise annehmen, eigene Stärken identifizieren und als Copingstrategien erkennen sowie die Einstellung, Kontrolle über die Situation zu nehmen, anstatt sich als Opfer zu identifizieren. Spiritualität: Teilnahme und religiösen Aktivitäten wie Gebete wurde als Quelle für Resilienz von vielen Teilnehmern genannt. In Verbindung bleiben mit der eigenen Kultur: Telefonieren, in Kontakt bleiben mit Verwandten, Familie, Freund im Heimatland. Arbeit: Wurde als sehr wichtig genannt, aus ökonomischen Gründen wie auch zur Steigerung des</p>	<p>Es wurden nicht nur Probanden mit einer Depression miteingeschlossen. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme waren nicht spezifisch : Persönliche Erfahrungen von Stressformen und Druck, Depression oder Angst.</p>

	<p>Selbstbewusstseins durch die erworbene Unabhängigkeit. Nur 9 der insgesamt 123 Teilnehmer hatten professionelle Hilfe in Form von Beratung und Therapie in Anspruch genommen.</p> <p>» <u>Unterstützung durch die Familie</u> Unterschiedliche Aussagen. Nicht alle wollten oder konnten Unterstützung der Familie erhalten. Entweder hatten die Jugendlichen das Gefühl, die „Daheimgebliebenen“ würden ihre Sorgen nicht verstehen oder sie wollten sie nicht damit belasten.</p> <p>» <u>Erfahrungen mit Dienstleistungen (Services)</u> Deutlich die Mehrheit der Befragten sagte aus, Unterstützung bei Freunden und Familie zu suchen.</p> <p>Nur eine kleine Anzahl haben professionelle Hilfe in Anspruch genommen, dies aus folgenden Gründen: Bedenken bezüglich sozialer Stigmatisierung durch psychische Krankheit, Fehlen von Bewusstsein eines vorhandenen Problems welches professionelle Hilfe benötigt sowie ein Wissensdefizit bezüglich des Existierens von diversen Dienstleistungen. Diejenigen, welche bereits Dienstleistungen in Anspruch genommen haben sagten, vor allem von praktischer Unterstützung profitiert zu haben wie Hilfe beim Finden einer Unterkunft, finanzieller Hilfe, Arbeitssuche und emotionale Unterstützung. Als Barriere wurden fehlendes Verstehen für kulturelle Probleme und ein Mangel an Fachleuten mit transkulturellem Fachwissen.</p>	
<p>Heredia Montesinos et al. (2012) Deutschland</p>	<p>Ergebnisse <u>Sozio-demographische Ergebnisse</u> haben ergeben: Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 48.2 Jahre, Alle Teilnehmer sind in der Türkei geboren, die meisten von ihnen sind im Erwachsenenalter nach Deutschland immigriert. Nur die Minderheit von 11% ist in der Kindheit oder im Jugendalter immigriert.</p> <p>Wechselwirkung von Stigma, Depression, allgemeinen psychologischen Leid und somatischen Symptomen: Signifikante Korrelation zwischen Depression und allgemeinem psychologischen Leid Signifikante Korrelation zwischen Depression und somatischen Symptomen » Signifikante Korrelation zwischen allgemeinem psychologischen Leid und somatischen Symptomen » Signifikante Korrelation zwischen Stigma und Depression » Stigma und allgemeinem psychologischen Leid » Keine Korrelation zwischen Stigma und somatischen Symptomen. » Keine Signifikanz der Korrelation zwischen Stigma und somatischen Symptomen.</p>	<p>Aufgrund der kleinen Stichprobe können keine Verallgemeinerungen gemacht werden. Es werden keine Angaben über die interne Validität gemacht.</p>

Lawrence et al. (2006) England	<p>Ergebnisse</p> <p>Selbsthilfe</p> <p>Die Mehrzahl der TN erläuterten, dass der Anstoss für die Bekämpfung einer Depression von einem selbst kommen sollte und dass man selbst wollen muss, eine Depression 100% bekämpfen zu können. Formelle und informelle Unterstützung wird als sekundär oder teilweise sogar als unbedeutend empfunden. Teilnehmer der drei Gruppen sprachen über Stärke von inneren Ressourcen und die Notwendigkeit der Selbstmotivation und den positiven Einstellungen. Der Glaube daran, dass man sich selbst helfen muss, wurde in den kognitiven Strategien, um eine Depression zu bekämpfen, erläutert. Einige Südasiaten erläuterten, dass es wichtig sei, die Lebensansichten anzupassen. Die meist genannte kognitive Strategie war die Copingstrategien, Dinge zu unternehmen, welche den Kopf und die Seele von negativen Gedanken und Sorgen freimachen.</p> <p>Alle ethnischen Gruppen erläuterten die Erkenntnis, dass es schlecht sei, „alle Tage die 4 Wände anzustarren“ und dass es für sie wichtig sei, herauszugehen. Vor allem die Afrokaribier sowie die Südasiaten repräsentiert das „Nach draussen gehen“ eine Gelegenheit ihre psychische Gesundheit zu verbessern.</p> <p>Es gab jedoch auch Teilnehmer, welche sagten, dass eine Depression das Individuum unfähig macht, darüber hinwegzusehen, da die Depression ein grosses Loch an Motivation und Energie mit sich bringt und der Versuch, aktiv zu sein oder sich anzustrengen, oftmals scheitert. Betroffene sind oft von schmerzhaftem Leiden überwältigt.</p> <p>Soziale Unterstützung</p> <p>Familie: V.a. die Südasiaten, aber auch die anderen, bestätigten dass die Unterstützung der Familie eine wichtige Rolle in der Versorgung und der Bewältigung einer Depression spielt. Dabei wurde die Zeit, die man mit Familienmitgliedern verbringt sowie die emotionale Unterstützung (Zuhören, Ermunterung, Ratschläge), genannt.</p> <p>Gesundheitswesen. Es kann gesagt werden, dass es keine ethnischen Unterschiede in den Aussagen über die soziale Unterstützung gibt.</p> <p>Freunde: Soziale Interaktion wurde als sehr wertvoll empfunden.</p>	<p>Limitationen der Studie: Verallgemeinerung nicht möglich, da Stichprobe von der Grossstadt (mit vielen sozio-ökonomischen Unterschieden) London genommen wurde. Jedoch kann ein Bezug zu Afrokaribier, Südasiaten und weissen Briten gemacht werden, welche in Grossbritannien leben.</p>

	<p><u>Gesundheitswesen:</u></p> <p>Allgemeinärzte: nicht näher beschrieben, da nicht relevant für unsere Arbeit</p> <p>Medikation: TN von allen ethnischen Gruppen befürworten die Medikation in der Behandlung einer Depression, wobei die Anzahl weissen Briten diese Aussage am meisten vertreten haben. Eine Medikation wird meistens als temporär betrachtet, wobei nur die Minderheit gesagt hat, dass eine Medikation konstant eingenommen werde. Die grösste Angst vor der Medikation sei die Angst vor Abhängigkeit.</p> <p>Beratung: In der Gruppe der TN, welche an einer Depression leiden, wurde ein grosser Vorteil in der Beratung gesehen. Vor allem TN aus der afrokaribischen Kultur teilten diese Meinung. Die TN aus der südasiatischen Kultur waren hingegen eher verwirrt über die exakte Rolle des Beraters. Ein Skepsis und Besorgnis über Beratung war in dieser Kultur bemerkbar, da der Glaube besteht, persönliche Probleme mit „Fremden“ zu besprechen, unangemessen sei.</p> <p>Psychiater: Nur einer von zehn TN schlägt die Hilfe eines Psychiaters im Falle einer Depression vor. Mit der Medikation zusammen wurde die Hilfe eines Psychiaters als ernsthafte Situation und als eher negativ betrachtet und somit wurde die Stigmatisierung wiederum zu einem Thema. Die Personen, welche einen Psychiater regelmässig konsultieren, haben jedoch erläutert, dass die Begleitung seinerseits und die Möglichkeit, offen über ihren Zustand zu sprechen, sie beruhigt hat.</p>	
<p>Narayanasamy, A. (2003) England</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Quantitative Daten</u> • 80% der Teilnehmer erkennen, dass Patienten kulturelle Bedürfnisse haben • 65% sagten, kulturelle Charakteristiken ihrer Patienten im letzten Monat erkennt zu haben • 33% behaupten, dass es über 6 Monate her ist, seit sie das letzte Mal kulturelle Bedürfnisse ihrer Patienten wahrgenommen haben • 20% denken, dass kulturelle Bedürfnisse beachtet werden (are met) • 44% denken, dass kulturelle Bedürfnisse adäquat beachtet werden • 33% denken, dass kulturelle Bedürfnisse ungenügend beachtet werden • 84% wünschen sich Weiterbildungen um die transkulturelle Pflege zu gewährleisten • <u>Qualitative Daten</u> • Die Teilnehmer wurden gefragt, Beispiele zu nennen, wie sie auf die kulturellen Bedürfnisse ihrer Patienten eingehen. 29 Teilnehmer liessen diesen Teil des Fragebogens aus. Folgende Bereiche wurden genannt: <ul style="list-style-type: none"> • Religiöse Bedürfnisse (22%) • Ernährungsbezogene Bedürfnisse (21%) • Kultur-spezifische Bedürfnisse (12%) 	<p>Von insgesamt 126 TN waren nur 15 psychiatrische Pflegefachpersonen.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse am Lebensende (11%) • Kommunikationsprobleme (10%) 	
O'Mahony & Donnelly (2007) Kanada	<p><u>a) Difficulty accessing mental health care services</u> Das kulturelle und soziale Stigma im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten und der Inanspruchnahme von Hilfe gilt als eine starke Barriere im Zugang zu psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen von Migrantinnen. Die TN sehen signifikante negative Gefühle gegenüber psychischen Krankheiten und der Einnahme von Medikamenten bei Migrantinnen . Einige TN erläuterten, dass die Migrantinnen den Versuch machen, Krankheit zu verstecken, Soziale Isolation aufgrund von Angst vor gesellschaftlichen Gegenreaktionen Die Teilnehmer haben häufig erwähnt, dass Migrantinnen die westliche Biomedizin missverstehen und psychiatrischen Gesundheitsinstitutionen ihnen nicht vertraut oder bekannt sind. Einige Migrantinnen verstehen oder vertrauen nicht in die Ansätze der westliche Formen von psychiatrischer Gesundheitsversorgung. Viele Migrantinnen würden lieber ihre eigene traditionelle Medikation sowie alternative Methoden benutzen.</p> <p><u>b) the influence of Spiritual Beliefs and Practices</u> Einige TN haben gesagt, dass spirituelle Glauben und Vertrauen in traditionelle Gesundheitspraktiken eine Quelle für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit für die Migrantinnen sein. Starker Einfluss von religiösen Ansichten und Glauben. Von den TN wird vermehrt verstanden, dass der starke Sinn für Glauben und Spiritualität und Religion sehr wichtig für die Migrantinnen ist, eine gute Gesundheit aufrechtzuerhalten. obschon spirituelle Überzeugungen eine Quelle für Kraft und Weisheit sind, können diese wiederum ein Hindernis sein, psychiatrische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Ausserdem hatten die meisten Teilnehmer der Studie ein Bewusstsein für die kulturell gebundenen Konzepte wie der Glaube an Karma, Astrologie der betreuten Migrantinnen.</p> <p><u>c) Cultural Understanding of the Health Care Provider-Client Relationship</u> Verständliche und familiäre Akzeptanz der Kultur der Migrantinnen seitens Gesundheitsfachleuten beeinflusst die professionelle Beziehung. → Bedürfnis der Migrantinnen, ihre Sprache zu sprechen oder „kulturelle Familiarität“ . Sie wollen jemanden der ihre Kultur und Ansichten verstehen. Unterschiedliche Werte und Perspektiven zwischen Gesundheitsfachleuten und der Klientin werden</p>	Anzahl der TN = 7 Mediziner, Sozialarbeiter, Pflegefachpersonal befragt → nicht Pfleagespezifisch

	<p>als Barriere in der professionellen Beziehung angesehen.</p> <p>Ausserdem wurde von den TN gesagt, dass Missverständnisse zu einer Störung in der Kommunikation führen und negative Gefühle in der Beziehung begünstigen</p> <p>Einige Teilnehmer erläuterten dass kommunikative Differenzen von Migrantinnen als diskriminierend empfunden werden, weil der Kommunikationsstil der Gesundheitsfachleute teilweise sehr konfrontierend sei und der Kommunikationsstil von Kultur zu Kultur verschieden sei.</p> <p>Kulturelles Verständnis wird von den TN als wichtiger Faktor in der Dienstleistung von einer angebrachten und qualitativen Pflege</p> <p>Es wird empfohlen, die Migrantinnen in einer ganzheitlichen Art und Weise zu betreuen, um ein besseres Verständnis der Gesundheitsfachleute über den soziokulturellen Kontext der Migrantinnen anzustreben</p>	
<p>Ozmen et al. 2004 Türkei</p>	<p><u>Öffentliche Haltung gegenüber Depression in Türkei</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • häufigste genannten Ursachen für Depression= psychosozialer Stress & schwache Persönlichkeit. • Knapp die Hälfte der befragten Personen halten depressive Patienten für aggressiv • 25% gaben an, dass Depressive nicht frei in der Gemeinschaft leben sollen • Die häufigste Aussage „Depression ist eine Krankheit“, war das wichtigste Element, das an sozialer Distanzierung gekoppelt ist <p>Dem Begriff „Krankheit“ wird Aggression, schwache Persönlichkeit sowie eine Unfähigkeit Entscheidungen zu treffen assoziiert, was zur sozialen Distanzierung führt</p>	<p>Resultate müssen mit Vorsicht betrachtet werden. Wie der Titel bereits sagt, handelt es sich um die städtische Bevölkerung der Türkei und kann somit nicht für die Türkei verallgemeinert werden.</p>
<p>Ozmen et al. 2005 Türkei</p>	<p><u>Öffentliche Haltung gegenüber der Behandlung der Depression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwei Drittel glauben an eine vollständige Genesung der Depression • Die Mehrheit nennt psychosoziale Probleme zu lösen als wichtiger Aspekt, um eine Depression zu heilen. • Nur 12% der Teilnehmer denken, dass „Hodjas“ (Magier, Glaubensheiler) eine Depression behandeln können. • Praktisch alle Teilnehmer, welche Depression als Krankheit ansehen, glauben an ihre wirksame Behandlung. Diese schätzen die Effizienz der Psychotherapie höher ein als jene der medikamentösen Behandlung. • Über die Hälfte der Teilnehmer, welche die Depression als Krankheit ansehen, denken, dass der Gebrauch von Medikamenten in der Behandlung der Depression zur Abhängigkeit und 	<p>Siehe Ozmen et al. 2004</p>

	<p>diversen Nebenwirkungen führt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Ausbildungsgrad ist der wichtigste Aspekt der demographischen Daten, welcher die Meinung/ Glauben bezüglich der Behandlung von Depression beeinflusst • Die Teilnehmer mit einem tiefen Ausbildungsniveau glauben, dass depressive Personen keine vollständige Genesung erreichen können und das „Hodjas“ die Depression behandeln können. Ausserdem gibt diese „Teilnehmergruppe“ der Lösung von sozialen Problemen mehr Wert als der Psychotherapie. • Diejenigen Teilnehmer, bei welchen Angehörige von Depression betroffen sind, denken, dass Veränderungen des Umfelds eine Genesung favorisiert und dass eine Depression durch Medikamente geheilt werden kann. • Die Teilnehmer aus höherem sozio-ökonomischen Statuts denken, dass Depressionen medikamentös behandelt werden können, dass diese jedoch zur Abhängigkeit und unangenehmen Nebenwirkungen führen. • Frauen vertraten oft die Meinung, eine medikamentöse Behandlung sei effizient • Die Hauptaussagen, welche einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber der Behandlung hatten waren folgende, man kann somit von „2 Gruppen“ sprechen: „Depressive Personen sind aggressiv“ (25%), „Depression ist eine Krankheit“ (75%) • Gruppe 1 glauben, dass „Hodjas“ Depressionen behandeln können, dass Depression eine nicht heilbare Krankheit ist und dass Medikamente welche gegeben werden zur Abhängigkeit führen. • Gruppe 2 glauben, dass Depression heilbar ist und sehen darin zwei wichtige Aspekte: das Lösen von sozialen Problemen sowie die medikamentöse Behandlung. 	
Wilson D.W. (2010) USA	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Encouraging and reassuring me</u> - psychiatrische Krankheit beeinträchtigt Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl. Um zu erfassen, wie sich Klienten fühlen und sich wahrnehmen, muss mit dem kulturellen Kontext versanden werden. Aufgrund einer Geschichte von Diskrimination, Rassismus, Unterdrückung und Armut, wird das negative Selbstbild durch eine Krankheit wie Depression verinnerlicht. Des weiteren sagten TN, dass eine Hospitalisation zu einer Hinterfragung ihres eigenen Wertes, Selbstwertgefühls und zur Isolation führte. Ein Sinn von Diskonnektion und Trennung/Abkapselung und führe zu einer kulturellen Entfremdung und später dann zur Ablehnung. → deshalb Bedürfnis von Klienten an PP: Mut machen, Beruhigung, Bestätigung geben. (Reassurance) Pat. Braucht Aufmunterung seitens der Pflegenden. M • <u>Speaking up for me (sich für jemanden einsetzen)</u> 	<p>Patientenperspektive: Nur mit afroamerikanischen Migranten (nur 15) durchgeführt, d.h. Übertragbarkeit für andere Migrationsgruppen fraglich. Ergebnisse sind nicht verallgemeinerbar.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - nicht speziell an die kulturellen Bedürfnisse gerichtet, sondern Bedürfnisse die generell von einer PP erwartet wird :nicht nur kulturspezifisch, sondern sich allgemein für den Klienten einsetzen. - ausserdem sagten die Klienten, dass sie Bereitschaft zeigten, auf Entscheidungskontrolle in Situationen, welche sie selbst nicht managen können, zu verzichten. Dieses Verhalten zeigt ein externer „Locus-of-control“ (externe Kontrolle) • <u>Praying for me (spirituality and religion)</u> Selbstmanagement der psychiatrischen Erkrankung: Glaube an Gott und die Wichtigkeit des Betens in ihrem alltäglichen Leben (Speziell im afro-amerikanischen Leben) → Kraft in Spiritualität und im Beten finden → D.h. Bedürfnis beten zu können. Einige TN äusserten, dass sie enttäuscht waren vom Fehlen der Sensibilität seitens der Pflege in Bezug auf ihre spirituellen Bedürfnisse. Die TN führten dies auf einen anderen Glauben oder auf eine ungleiche Stärke des Glauben zu. • <u>Nurse's role</u> TN äusserten, dass die Rolle der Pflege sehr wichtig sei für sie. Die TN sehen jedoch die Pflegeperson als die Person mit keiner Autorität an; es sei die Person, welche die Medikamente verabreicht. Es ist der Doktor, der weiss, was zu tun ist. Auf die Frage, wie die Pflegefachleute auf die anderen Aspekte der Pflege, vor allem auf die kulturellen Bedürfnisse, eingehen, wurden Körperhygiene sowie die Ernährungsweise genannt. Fragezeichen von Flu – nochmals drüberschauen <p>Aus Pflegefachpersonalperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> • 92% der befragten Personen haben angegeben, dass sie die Wahrnehmung von Afro-Amerikanischen Klienten im Bezug auf eine psychiatrische Krankheit verstehen. • Äusserten, dass die afro-amerikanischen Klienten die psychiatrische Krankheit als Schwäche empfinden würden • Fluch, Zauber oder Strafe • 92% geben an, dass sie die Wichtigkeit der Familie erkennen im Bezug auf die psychische Gesundheit und äussern, dass die Familien in die Pflegeentscheidungen miteinbezogen werden sollen, auch wenn einige Familien psychiatrische Erkrankungen negativ wahrnehmen. • Cultural knowledge and skills: Von Klienten wird erwartet, dass sie Gedanken und Gefühle 	
--	---	--

	<p>bzgl. Ihrer Krankheit mitteilen, um bei der Problemlösung helfen zu können. Nur 50% der PP äusserten, dass die Klienten über ihre Wahrnehmung und Gefühle sprechen wollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culturally competent psychiatric nursing care <p>93% der befragten PP äusserten, dass sie kompetente kulturelle Psychiatriepflege leisten (kulturell kompetent.). Jedoch weitere Analysen der Antworten bzgl. Spezifischen Items haben gezeigt, dass eine Lücke in der transkulturellen Pflege besteht. Nämlich 79% der TN haben gesagt, dass Barrieren zum Zugang von psychiatrischen Gesundheitsversorgungen bestehen. 22% der Pflegenden haben grosse Armut nicht in Verbindung mit psychischen Erkrankungen gemacht und 25% haben den Zusammenhang mit geringen Bildungsniveau und der psychischen Gesundheit nicht gemacht. Ausserdem haben gesagt, dass sie denken, dass die Afro-Amerikaner einen guten Zugang und genügend Ressourcen haben. 28% der befragten Pflegefachpersonen gaben zur Antwort, dass sie nicht glauben, dass psychiatrische Pflege von Rassismus, Vorurteilen und Diskrimination betroffen ist. Generell haben die Pflegefachpersonen kulturell kompetente Psychiatriepflege so definiert: Feinfühlige Pflege, welche kulturelle Differenzen des Patienten, Schwierigkeiten und Herausforderungen, Rolle der Familie und Volksmittel berücksichtigen. So nennen sie die Wichtigkeit, Selbsterfahrung, Selbstbewusstsein und das Verständnis des Einflusses der eigenen Einstellungen, Vorstellungen und Werten bzgl. Patientenpflege zu berücksichtigen.</p>	
--	---	--

M) Lernprozess der Autorinnen

Lernprozess Céline Moser mittels SWOT-Analyse

Im folgenden Abschnitt reflektiert die obengenannte Autorin ihren Lernprozess, wobei sie sich an der SWOT-Analyse orientiert.

Stärken (Strengths): Bei der Literaturrecherche stiessen die Autorinnen auf eine grosse Anzahl an Artikel, welche eine grosse Forschungslücke in der transkulturellen Psychiatrie beteuerten. Den Autorinnen wurde sehr schnell bewusst, dass sie sich mit der Themenauswahl ihrer Bachelorarbeit nicht den einfachsten Weg ausgewählt hatten. Trotz einigen Stolpersteinen, zeugten beide Autorinnen von grossem Durchhaltevermögen um dieses abstrakte und komplexe Forschungsfeld möglichst kompetent zu untersuchen. Die effiziente und konstruktive Zusammenarbeit zwischen beiden Autorinnen war dabei eine grosse Hilfe.

Schwächen (Weaks): Die Schwächen der Arbeit zeigten sich vorwiegend bei der systematischen Suchstrategie. Da die Autorin trotz erweiterten Suchbegriffen immer wieder auf die selben Artikel traf, so fühlte sie sich gezwungen, „unsystematische“ Suchstrategien anzuwenden, wie eine grosse Anzahl von diversen Suchbegriffen zu verwenden sowie in Literaturverzeichnissen von systematischen Literaturübersichten und Studien nach potentiellen Studien zu suchen.

Chancen (Opportunities): Die Autorin sieht im Schreiben dieser systematischen Literatur viele Chancen: Beim Schreiben erlangte die Autorin ein Basiswissen in der Forschungsarbeit und gewann vermehrt Sicherheit im Analysieren sowie bei der kritischen Beurteilung von Studien und deren Designs.

Zusätzlich konnte sie ihr Fachwissen in diesem Themengebiet vertiefen und ihre erste Erfahrung in der Forschungsarbeit sammeln. Dabei wurde sie in ihrem Vorhaben bestärkt, sich in Zukunft beruflich international zu betätigen sowie sich an Forschungsprojekten zu beteiligen, welche versuchen, der Forschungslücke in der transkulturellen Pflege entgegen zu wirken.

Risiken (Treats): Die grösste Risiko sieht die Autorin in ihrer Unerfahrenheit in der Forschungsarbeit, die möglicherweise die Qualität der Arbeit beeinträchtigt haben könnte, sei dies bei der bereits erwähnten Suchstrategie sowie bei der Kategorisierung der Ergebnisse. Dank der Begleitung von Ulrike Niggli-Heim konnte dieses Risiko jedoch minimiert werden.

Lernprozess Flurina Casanova mittels SWOT-Analyse

S wie Strengths (Stärken): Die Autorin sieht mehrere Stärken in der Verfassung der vorliegenden Arbeit. Eine aussergewöhnliche Stärke ist die Zusammenarbeit und das Funktionieren im Team mit Céline Moser. Sie hat sich durch eine starke Zuverlässigkeit, eine gute Kommunikation und ein förderliches Arbeitsklima ausgezeichnet. Da sich die beiden Autorinnen auch privat sehr gut verstehen, war es sehr schön, Pausen gemeinsam zu gestalten und vom stressigen Alltag abzuschalten. Eine weitere Stärke sieht die Autorin im Zeitmanagement. Dank vereinbarten Zielen, (vor allem in den letzten Wochen) vereinbarten Tageszielen, welche an einem Flipchart aufgeschrieben wurde, war es beiden Autorinnen möglich, den Zeitplan einzuhalten und eine Übersicht über die zu erledigende Arbeit zu erhalten. Dies hat der Autorin Sicherheit und Struktur gegeben. Eine weitere Stärke war der Wille, sich an ein eher abstrakteres Thema zu wagen und dieses mit grossem Durchhaltevermögen zu erarbeiten.

W wie Weaknesses (Schwächen): Die Autorin wusste durch ihre Unerfahrenheit in der Verfassung einer systematischen Literaturübersicht vorerst nicht, was auf sie zukommen würde und der Berg an Arbeit schien unmöglich zu sein. Eine weitere Schwäche sieht die Autorin im schwierigen Verlauf der systematischen Studienrecherche. Aufgrund des abstrakten Themas konnten nur wenige aussagekräftige Studien gefunden werden. Dies war ein hemmender Faktor im Lernprozess der Autorin. Dank Ermutigung der Begleitdozentin Ulrike Renate Nigl-Heim konnte neue Motivation geschöpft werden.

O wie Opportunities (Chancen): Für die Autorin war es eine Chance, noch einen tieferen Einblick in die Forschung zu gewinnen. Sie konnte somit auf Datenbanken

Studien suchen, diese analysieren, kritisch bewerten und diese miteinander vergleichen. Diese Arbeit hat der Autorin ermöglicht, sich in ihrem kritischen Hinterfragen von Forschungsartikeln weiterzuentwickeln. Für die Zukunft sieht die Autorin eine Chance in der Implementierung von Forschung in die Praxis. Die Autorin kann sich vorstellen, in ihrer beruflichen Karriere praxisrelevante und aktuelle Studien zu analysieren oder bei Forschungsprojekten mitzuwirken.

T wie Threats (Risiken): Das grösste Risiko war die ungenügende Erfahrung beider Autorinnen in der Erfassung einer systematischen Literaturübersicht. Durch die wertvolle und regelmässige Begleitung der Begleitdozentin Ulrike Renate Nigl-Heim konnte dieses Risiko jedoch minimiert werden.

N) Selbstständigkeitserklärung

“Wir, Flurina Casanova und Céline Moser, erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, haben wir als solche kenntlich gemacht.“

Fribourg, 27. Juni 2012